6e Année. — N° 56. Vol. VI. — N° 1.

UNION — PROGRÈS

L'ODONTOLOGIE

REVUE

de Chirurgie et de Prothèse Dentaires

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

SYNDICAT PROFESSIONNEL ET CAISSE DE PRÉVOYANCE DES DENTISTES

Publication Mensuelle

JANVIER 1886

Les abonnements partent du 1er janvier et du 1er juillet.
On peut s'abonner en envoyant un mandat à l'adresse du Directeur-Gérant
Et chez les Fournisseurs pour Dentistes.

Abonnements :	Paris, France et Algérie..........	**10** fr. par an.
	Union Postale....................	**12** fr. par an.

Le Numéro : 1 franc

ADRESSER TOUT CE QUI CONCERNE

la Rédaction et l'Administration :

à M. P. DUBOIS, au Bureau du Journal

2, rue d'Amsterdam, à Paris

VOL. 6. Paris, Janvier 1886. N° 1

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR JANVIER 1886

ANESTHÉSIE LOCALE OBTENUE PAR L'EMPLOI COMBINÉ DE LA COCAINE ET DE L'ÉTHER

COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

par le Dr A. AUBEAU

Séance du 9 janvier 1886

Messieurs, je désirerais, pour prendre date, vous signaler un nouveau mode d'anesthésie locale, qui me paraît appelé à rendre de grands services, en étendant le domaine des opérations qui se pratiquent sans que le malade soit endormi.

Il s'agit de l'insensibilité consécutive aux applications de la cocaïne, suivies de pulvérisations d'éther.

Ce procédé m'a été indiqué vers la fin de l'année 1885 par M. le Dr A. Combe qui l'employait depuis un certain temps déjà avec le plus grand succès dans sa pratique privée. Notre confrère a pu opérer avec la cocaïne et l'éther, sans que le malade eût conscience de l'opération ; des kystes intra-osseux, des abcès profonds, certaines extractions de dents, etc., etc.

Le manuel opératoire consiste à appliquer sur la région où l'on doit opérer, des tampons de coton imbibés d'une solution de cocaïne, à 5 ou 7 pour cent, et de laisser ces tampons en place pendant 5 ou 10 minutes, ou à faire des injections hypodermi-

ques de la même solution, suivant les cas. Le contact de la cocaïne est toléré par les tissus enflammés les plus douloureux, et, grâce à l'action de cet agent, ces tissus perdent leur sensibilité et supportent alors les pulvérisations d'éther, qui eussent été complètement impraticables auparavant. J'ai pour ma part obtenu des résultats extrêmement satisfaisants; non seulement dans les opérations buccales, mais aussi dans certaines opérations de chirurgie générale : Ablation de petites tumeurs, débridements d'abcès et de fistules, extractions de dents cariées ou de racines, insensibilisation de la pulpe, etc.

Le succès peut être qualifié de merveilleux, dans les cas d'extraction de dents atteintes de périostites aiguës, avec ébranlement de l'organe. Ceux qui suivent la clinique anesthésique de l'Ecole ont pu constater plusieurs cas de ce genre, et entre autres : Une dent atteinte de périostite provoquant des douleurs tellement vives, que le moindre attouchement faisait bondir le malade.

Vouloir faire sur cette dent des pulvérisations d'éther serait de la folie. Or, si l'on applique la cocaïne autour de cette dent pendant quelques minutes, la sensibilité superficielle s'éteint complètement; il devient alors facile de pulvériser l'éther sur la région, et l'extraction de la dent malade passe inaperçue du patient.

M. le Dr Désarènes a appliqué le même procédé au traitement des maladies des oreilles ; il a pu de la sorte effectuer, sans faire souffrir le malade, l'ablation de polypes ou de végétations polypiformes du conduit auditif, de la membrane tympanique et de la caisse; la ponction et la trépanation du tympan, la résection du manche du marteau, etc., etc. Certaines imperfections du manuel et de l'appareil opératoires m'obligent à ne vous donner aujourd'hui que des indications générales, mais je poursuis des recherches, concuremment avec M. le Dr Combe, et j'espère bientôt vous communiquer des données absolument précises.

DE L'OBTURATION DES CANAUX DENTAIRES

Par M. Gillard

L'obturation des racines des dents est une opération de date relativement récente. Les premières observations sérieuses ne remontent guère qu'à 1840 ou 1850. C'est le Dr Dunning qui paraît avoir le premier indiqué des règles et des procédés donnant des résultats satisfaisants.

Il y a même lieu de s'étonner que ce mode de traitement ne soit pas entré plus tôt dans la pratique, puisque, d'après Tomes, dès 1797, Ruspini dans son « Traité sur les dents » mentionne la destruction de la *corde* des dents et l'obturation avec du plomb ou de l'or, jusqu'au point où cette corde entre dans l'alvéole, c'est-à-dire l'apex de la racine.

Malgré ces indications précises, malgré les heureux résultats

obtenus, mais non avec intention, par l'obturation de racines à l'aide de tiges d'or ou de platine retenant des dents à pivot, il n'y a guère, comme nous venons de le dire, que trente ou quarante ans que l'obturation radiculaire est employée dans notre chirurgie conservatrice.

La nécessité de cette opération est même encore loin d'être admise par tous les praticiens. En effet les uns la repoussent complètement, se contentant après pansements et lavages des canaux d'obturer les cavités pulpaire et coronaire.

D'autres font, si je puis m'exprimer ainsi, une semi-obturation en logeant dans les canaux soit des mèches phéniquées, soit de simples cristaux d'acide phénique; à ces deux manières de faire, d'aucuns ajoutent encore le forage d'un petit trajet mettant en communication la cavité radiculaire avec l'extérieur.

Bien peu nombreux sont ceux qui après avoir soigné et nettoyé les canaux avec les soins les plus minutieux, les obturent complètement soit à l'or, soit au ciment.

Si nous recherchons la cause de l'abandon d'une opération qui donne de si beaux résultats, nous la trouvons, croyons-nous, dans les difficultés qu'elle présente, dans sa longueur et surtout dans la durée du traitement préparatoire. Dans la petite clientèle bourgeoise rarement les clients consentent à subir les ennuis de longs pansements ou à rémunérer ces travaux comme ils le méritent.

Dans de telles conditions nous avons cherché un mode opératoire qui, tout en étant plus simple et moins long, puisse donner de bons résultats.

Nous avons considéré d'abord ce qui se passe le plus souvent lorsque les obturations radiculaires sont faites prématurément. Les canaux, soit à cause d'anomalie de forme, de nombre et soit par suite de précipitation, n'ont pas été débarrassés complètement des débris pulpaires.

Par suite des nombreuses applications de désinfectants et d'antiseptiques qui ont été faites, nous sommes en droit d'admettre que tous les germes parasitaires (microbes, bacilles, leptothrix) ont été détruits, nous ne nous trouvons donc plus en présence que de matières organiques mortifiées.

Ces matières organiques entrent en putréfaction et donnent, suivant Littré et Robin, naissance à :

acide carbonique
hydrogène carboné
azote
hydrogène sulfuré
— phosphoré
ammoniaque
acides gras volatils

Il est évident que si nous pouvons absorber ces gaz, au fur et à mesure de leur formation, à l'aide d'une matière introduite dans la cavité, nous aurons une bonne obturation avec laquelle nous

n'aurons point à craindre les suites fâcheuses d'une préparation incomplète.

Nous avons de suite pensé au charbon ; car si nous consultons la « Chimie moderne » de Wurtz, nous trouvons que :

1 volume de charbon	absorbe	90	vol.	de gaz ammoniaque
—	—	65	—	sulfureux
—	—	55	—	sulfhydrique
—	—	40	—	protoxyde d'azote
—	—	35	—	ac. carbonique
—	—	9 42	—	oxyde de carbone
—	—	9.25		oxygène
—	—	7.50	—	d'azote
—	—	1.75	—	hydrogène.

Et, dans des proportions non déterminées, tous les autres gaz.

Tous les charbons ne possèdent pas également le pouvoir absorbant qui est dû à la porosité. Ainsi le graphite, le diamant, n'en sont pas doués.

Le charbon animal et le charbon de bois sont les plus absorbants.

Le mode opératoire est des plus simples : après avoir préparé aussi soigneusement que possible les canaux et la cavité pulpaire, on fait avec du charbon finement pulvérisé et chauffé, une pâte à l'aide d'un liquide très volatil (alcool anhydre, chloroforme). Cette pâte est introduite à l'aide d'une sonde mousse et poussée aussi loinque possible dans les canaux ; ceux-ci obturés on comble de même avec des fouloirs plus larges, la cavité pulpaire, puis le charbon est séché à l'aide d'un jet d'air chaud. Par dessus, on obture avec les produit ordinaires.

Nous avons fait sur du charbon des aurifications, des ciments métalliques et minéraux et de la gutta, nous avons toujours obtenu de bons résultats en peu de temps (2 ou 3 séances).

Voici deux observations, elles sont tirées des livres de clinique de l'école.

I. Observation n° 6779.

9 janvier 1885. — Le nommé D. 14 ans, 2 rue Laferrière.

La première grosse molaire supérieure droite est atteinte de carie du 4e degré, avec hypertrophie ou polype de la pulpe du volume d'un gros pois; les bords postérieur et interne de la couronne ont disparu.

9 janvier. — Ablation du polype au galvano-cautère. Application d'acide arsénieux.

10 janvier. — Tentative d'extraction des débris fibro-vasculaires des canaux, hémorrhagie abondante. Grande sensibilité. Nouvelle application du caustique.

23 janvier. — Plus de sensibilité — obturation des canaux avec le charbon, amalgame par dessus.

II. Observation n° 9874 du registre.

5 juillet 1885. — Mme B*** 21 ans, 24 rue de Meaux, légèrement anémique.

Cette personne, adressée par l'hopital Saint-Louis, se présente à la

clinique avec la deuxième grosse molaire supérieure droite affectée de carie du quatrième degré avec périostite aiguë datant de 6 à 8 jours.

5 juillet. — Nettoyage de la cavité pulpaire et des canaux. Le canal postéro-externe paraît sinueux, la sonde n'y pénètre pas librement. Pansement à l'iodoforme — teinture d'iode et d'aconit — légères scarifications.

7 juillet. — La périostite est a peu près disparue — encore un peu de sensibilité à la percussion — légère odeur dans les canaux — nouveau pansement a l'iodoforme — teinture d'iode et d'aconit.

9 juillet. — Plus de périostite, encore un peu d'odeur dans les canaux.

11 juillet. — Plus d'odeur — obturation des canaux et de la cavité pulpaire avec le charbon, amalgame par dessus.

Vous remarquerez que dans la première observation il s'agit d'un enfant de 14 ans. Au sommet des racines la calcification n'était pas complète. Le paquet vasculo-nerveux étant bien peu volumineux, il y avait plus de chance d'en laisser. Nous avons revu le malade environ un mois et demi après l'opération, il n'avait pas souffert, il n'y avait pas trace de périostite.

Depuis environ 18 mois, dans notre clientèle, nous employons le charbon, sans avoir eu jusqu'à ce jour à désobturer ou extraire des dents traitées par cette méthode.

Ces résultats nous ont paru encourageants. Sans doute, avant de se prononcer, il faut une expérience plus longue ; mais croyant malgré cela que ce mode de traitement peut rendre des services, nous n'avons pas hésité à venir vous le soumettre, espérant que vous voudrez bien l'expérimenter et nous faire part quelque jour de vos observations personnelles.

DU MANUEL OPÉRATOIRE PENDANT L'ANESTHÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE

Par M. Viau, *professeur à l'Ecole Dentaire de Paris*

Messieurs, nous désirons vous entretenir d'un sujet qui, pour la plupart des membres de la Société d'Odontologie, est une question de pratique courante, mais qui pour les élèves de l'Ecole et pour beaucoup de praticiens ne sera pas sans intérêt : nous voulons parler du manuel opératoire pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote. Tous nous connaissons les avantages de ce précieux agent pour la pratique dentaire, mais tous aussi nous connaissons son inconvénient capital : *la courte durée de l'anesthésie proto-azotée.* Le sommeil obtenu à l'aide du protoxyde d'azote administré pur, à la pression normale, n'est que de 40 à 60 secondes en moyenne. Une demi-minute ! Voilà le laps de temps qui nous est donné pour parfaire l'opération. Nous n'avons pas à prendre nos aises, et j'ose affirmer qu'il y a là une difficulté insurmontable pour les

inhabiles et même pour les opérateurs adroits s'ils n'ont pas l'habitude de ces sortes d'opérations. Si l'anesthésie est avantageuse pour le patient, elle est, au contraire, extrêmement défavorable pour l'opérateur. En effet, quand le malade est éveillé il nous prête son concours, en ouvrant la bouche autant que nous le désirons, il se tient dans la position qui nous est la plus favorable, enfin, nous avons plus de temps pour placer notre instrument et pour accomplir avec méthode les différents temps de l'opération. Quand le malade est endormi, nous avons devant nous une masse inerte, sans volonté, incapable de nous faciliter la tâche. C'est alors qu'il nous faut mettre en jeu le sang-froid, la précision, la sûreté du coup d'œil et l'habileté de la main. Si l'opérateur se trouble, s'il perd son temps à chercher son instrument ou à l'appliquer, s'il ne reconnaît pas du premier coup la dent sur laquelle il doit opérer, si sa main tremble, l'opération est manquée, le malade se réveille en criant, le bénéfice de l'anesthésie est perdu, ou pis encore c'est une dent voisine, une bonne dent qu'on a fait sauter !

L'opérateur doit donc se prémunir contre toutes les éventualités. Il doit avoir pris à l'avance toutes les précautions, afin de pouvoir consacrer exclusivement à l'opération le peu de temps que lui donne l'anesthésie.

Ces précautions,nous pouvons les résumer sous forme de règles. — 1° Examiner la bouche à l'avance et connaître à fond la nature, le siège et le nombre des opérations à pratiquer. — 2° avoir sous la main, et autant que possible disposés dans l'ordre ou ils devront être successivement employés,tous les instruments nécessaires. Il serait encore préférable d'avoir un aide intelligent et exercé qui, suivant avec soin les divers temps de l'opération, vous présenterait en temps et lieu les divers instruments. On doit prévoir les complications possibles. — Si on a préparé, par exemple, un davier pour grosse molaire, et si la couronne cède, l'on est obligé de recourir au davier à racine ou au pied de biche. Ces instruments doivent donc être préalablement placés à côté du davier. — Du sang peut masquer le champ d'opération. Il est donc bon d'avoir sous la main une série d'éponges montées. — Une racine luxée peut sauter dans la cavité buccale; l'opérateur devra avoir à sa portée une brucelle, pour saisir aussitôt le corps éttanger et l'empêcher de s'engager du côté des voies aériennes.

5° Toutes choses étant ainsi prévues, l'opérateur n'a plus qu'à attendre la période d'anesthésie confirmée, en concentrant toute son attention et en se préparant à agir suivant la formule *cito, tuto, et jucundè.*

6 Ajoutons, que pour le maxillaire supérieur, l'opérateur doit s'effacer sur la droite du fauteuil, afin de laisser venir le jour, et se placer de façon à pouvoir entourer la tête du patient de son bras gauche, afin de l'immobiliser complètement sur l'appuie-tête tout en écartant les lèvres et la joue.

Pour le maxillaire inférieur, l'opérateur se placera presque en face de son malade assis très bas, afin de pouvoir agir avec toutes

ses forces; pour cela il devra être assez haut pour ne pas être obligé de se dresser sur la pointe des pieds au moment d'exercer la traction nécessaire pour l'avulsion. La tête du patient sera aussi inclinée en avant que possible.

Nous venons de passer en revue très succinctement les principales règles qu'il faut observer dans les cas simples; mais il est des opérations plus compliquées.

Par exemple, on peut avoir à intervenir à la fois sur le haut et sur le bas, et même à droite et à gauche. Il va sans dire que dans le premier cas l'opérateur commencera toujours par le maxillaire inférieur, assuré de la sorte que l'épanchement sanguin ne masquera pas les opérations qu'il aura à pratiquer ensuite sur le haut. Et que dans le second cas, il devra se tenir prêt soit à changer l'écarteur de côté, ou mieux à le rejeter pendant qu'un aide maintiendra les mâchoires écartées.

On le voit, le succès demande une grande pratique, l'opérateur le plus exercé n'a pas trop de toutes ses facultés pour exécuter exclusivement la partie opératoire proprement dite. Nous jugeons même que, dans la plupart des cas, le concours d'une personne expérimentée lui est presque indispensable pour mener à bonne fin sa tâche.

Tels sont les faits.

Nous ne voulons pas dire que les opérations pratiquées pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote sont des entreprises inabordables. Notre seul but est d'attirer l'attention sur les précautions qu'elles réclament. Nous conclurons en signalant quelques faits qui prouvent à quels résultats on peut arriver avec un peu de méthode et de pratique.

Au mois de juin 1883, M. H... âgé de 28 ans, vint réclamer nos soins. A la suite d'une fièvre typhoïde, la plupart de ses dents étaient arrivées à un tel point de carie, que sauf une incisive centrale restée saine, toutes les racines du maxillaire supérieur entretenaient des abcès alvéolaires à répétitions, et nécessitaient l'extraction. Nous pûmes en deux séances d'anesthésie au protoxyde d'azote enlever, soit à l'aide du davier, soit à l'aide du pied de biche, dix-sept racines, neuf dans la première séance, les huit autres dans la seconde.

L'an dernier, au mois de février, nous enlevâmes en une seule séance et sans que le malade ait eu conscience de l'opération, 13 dents et racines à un homme âgé de 35 ans, atteint de périostites alvéolo-dentaires.

En septembre dernier, nous enlevâmes à un malade du Pas-de-Calais, âgé de 48 ans, dans une séance six racines, dans une seconde séance deux grosses molaires inférieures découronnées, une racine de canine inférieure très résistante, et une racine d'incisive centrale supérieure. Dans une troisième séance, nous enlevâmes les deux dents de sagesse supérieures, atteintes de carie avancée, et les deux racines des deuxièmes petites molaires supérieures.

On nous dira que nous sommes tombé sur des cas particulière-

ment favorables à l'anesthésie. Admettons-le ; mais nous pourrions multiplier les exemples, et toujours, nous serions obligé de conclure aux bienfaits du protoxyde d'azote.

A côté des faits de notre pratique. nous pouvons grouper les observations de la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris, et toutes celles que nous ont relatées nos collègues, professeurs et chefs de clinique. Nous espérons même qu'ils viendront personnellement vous exposer ces faits intéressants, et qu'ils proclameront avec nous que l'anesthésie au protoxyde d'azote rend tous les jours à nos malades d'immenses services et que, par conséquent, les dentistes doivent plus que jamais se familiariser avec le manuel opératoire un peu particulier qu'elle comporte.

CONDITIONS D'INNOCUITÉ DE L'ANESTHÉSIE

ET DE SUCCÈS DE L'OPÉRATION PENDANT L'ANESTHÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE PUR.

Mémoire communiqué à la Société d'Odontologie

(*Séance du 19 Janvier 1886*)

Par le docteur A. AUBEAU,

Professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

Suite (1)

Messieurs,

Au moment où je faisais à la société d'Odontologie une communication sur *les conditions d'innocuité de l'anesthésie au protoxyde d'azote pur*, M. le docteur Laffont venait de présenter à la Société de Biologie, un nouveau travail sur *les accidents consécutifs aux inhalations de protoxyde d'azote pur* (2).

Nous devons nous réjouir de voir le gaz hilarant donner lieu à des recherches sérieuses et réellement scientifiques. *De la discussion jaillit la lumière* ! L'anesthésie au protoxyde d'azote pur est chaudement discutée. La lumière va donc se faire complète, éclatante.

Mais avant d'aborder le sujet de la nouvelle communication qui m'amène devant vous, permettez-moi de faire une digression qui aura pour but de résumer la question et de prendre en quelque sorte des points de repaire.

Lorsqu'il y a cinq ans, je fus chargé du cours d'anesthésie, je

---

(1) Voir Odontologie, décembre 1885. page 552.

(2) Comptes rendus hebd. des séances de la Société de Biologie, n° 44, 1er janvier 1886. P. 759 et suivantes.

m'informai des procédés mis alors en pratique pour la conduite des inhalations de protoxyde d'azote. Je fus, il faut le dire, littéralement effrayé, quand j'appris que pour obtenir l'anesthésie on poussait les inhalations jusqu'à ce que le patient changeât de couleur. J'assistai à quelques opérations et quand je vis le malade *virer*, *se cyanoser*, je pensai, comme beaucoup d'autres, que cette prétendue anesthésie était une véritable asphyxie.

Je n'employai le gaz qu'avec la plus vive appréhension. Néanmoins, comme les ouvrages publiés sur le protoxyde d'azote pur m'apprenaient que des *millions* d'anesthésies n'avaient donné lieu qu'à quatre ou cinq cas de mort, comme, d'autre part, il n'existe aucun autre agent anesthésique capable de procurer l'insensibilité en quelques secondes et de permettre au patient de reprendre ses occupations immédiatement après l'anesthésie, j'examinai les choses de près, me promettant de trouver une méthode pratique et inoffensive, ou de renoncer à l'emploi du protoxyde d'azote.

Je compris bientôt que ce gaz engendre une anesthésie vraie, que l'anesthésie précède l'asphyxie et que toute la difficulté consistait à trouver un signe qui permît infailliblement de saisir le moment intermédiaire à ces deux états.

Après bien des tâtonnements, que j'ai exposés ailleurs, je finis par prendre comme guide, dans la marche de l'anesthésie, les mouvements de l'avant-bras exécutés par le malade à l'appel d'un chiffre fait par l'anesthésiste. Procédé que m'avait indiqué M. Jacowski, qui l'avait vu employer en Angleterre.

Mais, comme au moment où le patient cesse de répondre à l'appel de l'anesthésiste, c'est-à-dire au moment où la perception est abolie, l'anesthésie n'est pas assez avancée et que le malade s'éveille au début de l'opération en poussant des cris, je dus chercher un autre signe qui m'indiquât le moment précis où l'insensibilité est complète. Ce signe, je le trouvai dans l'abolition du reflexe palpébral. Vous savez tous, Messieurs, que c'est au moment précis où le reflexe palpébral est aboli que je conseille de pratiquer l'opération.

Dès lors je fus en possession d'une méthode sûre, exacte, permettant d'obtenir de bonnes anesthésies, sans le moindre phénomène asphyxique et que j'appellerai pour plus de simplicité *méthode des appels*, parce que l'on fait appel d'abord à la perception du malade, puis à sa sensibilité. Mes appréhensions tombèrent et chaque anesthésie fut un nouveau succès qui m'encourageait à vulgariser ma méthode. Je l'exposai d'abord à la clinique anesthésique de l'Ecole et dans mes cours, en même temps que je m'élevais, avec force, contre le procédé qui consiste à faire virer le malade.

Puis, lorsque le temps eut suffisamment consacré le succès, lorsque je fus en possession d'un nombre d'anesthésies déjà imposant, je me décidai à écrire dans l'Odontologie (1) une série

---

(1) 3e année, vol. III, no 12, p. 364 et suivantes.

d'articles, dans lesquels après avoir jeté le cri d'alarme contre les anesthésies aventureuses, j'exposais cette méthode en publiant sa sécurité, toutes les autres conditions étant d'ailleurs remplies.

Aujourd'hui, j'ai pratiqué environ cinq mille anesthésies au protoxyde d'azote pur, tant à l'Ecole que dans ma pratique privée. Jamais je n'ai eu, à ma connaissance, d'accidents immédiats ou consécutifs (réserves faites pour l'excitation nerveuse que présentent au réveil certains patients, excitation que j'ai expliquée précédemment par la continuation du rêve au moment du réveil). J'ai revu, à plusieurs reprises, nombre de patients, qui tous revenaient avec confiance subir une nouvelle anesthésie, en m'affirmant que leur santé n'avait jamais été troublée par les anesthésies précédentes.

Toujours les opérations, pratiquées pendant l'anesthésie, ont passé inaperçues du malade, lorsque l'opérateur était habile et habitué à ces sortes de manœuvres.

Survint le malheureux accident qui donna lieu à un procès retentissant. Comprenant que ce procès était pour beaucoup le procès même du protoxyde d'azote et que ce gaz allait être incriminé par tout et par tous, j'écrivis le mémoire dont je vous ai donné connaissance à la dernière séance de la Société d'Odontologie.

Parut alors la première communication du docteur Laffont à la Société de biologie. Les faits signalés par l'éminent physiologiste venaient confirmer ce que j'avais dit, des dangers du procédé qui consiste à attendre la cyanose du malade.

Presque immédiatement, le même auteur fit une seconde communication sur la présence du sucre dans les urines à la suite de l'anesthésie proto-azotée.

Je vous avais promis à la dernière séance d'examiner les urines des malades anesthésiés suivant la méthode des appels et de vous faire part du résultat de mes recherches.

Je viens aujourd'hui tenir ma promesse.

Du 30 décembre 1885 au 16 janvier 1886, j'ai anesthésié, avec le protoxyde d'azote pur, et suivant la *Méthode des appels*, dix malades, sans choix, au hasard de la clinique, en obéissant simplement aux indications pathologiques.

Sur ces patients, 5 sont du sexe masculin et 5 du sexe féminin.

Tous sont des adolescents et des adultes : 15, 16, 17 1/2, 25, 26, 37, 41, 42 et 60 ans.

Sept ont été anesthésiés à la clinique de l'Ecole dentaire, deux chez M. Ronnet, une cliente de M. le Dr A. Combe a été anesthésiée chez lui.

Huit malades ont subi l'anesthésie dans la matinée, avant le grand déjeuner ; les deux autres ont été anesthésiés à 5 heures du soir, après le grand déjeuner.

Dans aucun cas, l'état des malades ne présentait de contre-indication absolue de l'anesthésie. Deux dames étaient notablement anémiques, une autre dame était affectée d'un nervosisme exagéré; deux hommes étaient dyspeptiques et pléthoriques.

Tous ces malades ont subi l'extraction d'une ou de plusieurs dents. M. le Dr Combe a opéré sa cliente. Tous les autres patients ont été opérés par M. Ronnet. Disons de suite que les opérations ont parfaitement réussi et qu'aucun des malades n'a eu conscience de l'opération; que le sommeil et le réveil ont été des plus calmes. En un mot, l'insensibilité était *complète* dans tous les cas, et les malades n'ont éprouvé aucun malaise.

Arrivons au point important de la question. Sur ces dix malades, neuf ont subi une seule anesthésie dans la même séance, le dixième a été anesthésié deux fois de suite, à deux minutes d'intervalle.

Les urines ont été recueillies 4 h. 1/2, 5 ou 6 heures après l'anesthésie.

Afin d'obtenir des résultats absolument sérieux, nous nous sommes adressé à des hommes compétents et les avons priés de faire la recherche du sucre aussi scrupuleusement que possible.

Les examens ont été faits dans deux cas, par M. Billaudel en notre présence: dans un cas par M. Billaudel, puis par M. le Dr Marié; dans un cas, par M. Sallefranque; dans les six autres cas, par M. F. Vigier dont vous connaissez tous le dévouement à l'Ecole (1).

Les réactifs employés ont été : la potasse caustique et la liqueur de Fehling. M. F. Vigier a, en outre, eu recours au saccharimètre.

Dans neuf cas sur dix, il n'y avait aucune trace de sucre dans les urines.

Dans le cas de M. Sallefranque (Obs. X) il y eut *une glycosurie passagère.* L'urine examinée ensuite régulièrement pendant les quatre jours suivants, *ne contenait pas trace de sucre.*

Voici d'ailleurs les observations :

Obs. I. — Mlle Hortenstein, 26 ans, institutrice, demeurant 53, rue Rennequin, se présente le 30 décembre 1885 à l'Ecole dentaire, pour l'extraction de plusieurs dents. Nervosisme. Anémie marquée. Anesthésie au protoxyde d'azote pur, suivant la *Méthode des appels*, à 10 h. du matin. Pas de cyanose, aucun phénomène asphyxique. Opération pratiquée avec succès par M. Ronnet. Réveil calme. La malade n'a rien senti. Elle retourne immédiatement chez elle.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie : examen par M. Billaudel. *Réactifs employés* : Potasse caustique, puis liqueur de Fehling. *Aucune trace de sucre.*

Nous avons revu cette malade. Aucun trouble consécutif.

Obs. II. — Mme X..., 25 ans, se présente le 31 décembre 1885 chez M. le Dr Combe, 87, boulevard Haussmann, pour l'extrac-

---

(1) Nous remercions ici bien sincèrement MM. Billaudel, Marié et Vigier, de l'empressement qu'ils ont mis à nous prêter leur savant concours.

tion d'une grosse molaire supérieure. Nervosisme. Nous faisons l'anesthésie au protoxyde d'azote pur, suivant la *Méthode des appels*, à 9 heures du matin. Pas de cyanose, aucun signe d'asphyxie. — M. le Dr Combe pratique l'opération avec succès. — Quelques pleurs au réveil, sans agitation. La malade n'a rien senti. Elle retourne immédiatement chez elle.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. Examen par M. Billaudel, puis par M. le Dr Marié.

Réactifs employés : Potasse caustique, puis liqueur de Fehling. *Aucune trace de sucre.* M. le Dr Combe a revu cette malade. Santé parfaite.

Obs. III. — M. Duquesnoy, 6) ans, rentier, se présente le 2 janvier 1886 chez M. Ronnet, 1, rue du Quatre-Septembre, en compagnie de son fils, pour l'extraction d'une canine inférieure gauche. Homme de haute taille, très dyspeptique. Pléthorique. Facies congestionné. Dyspnée légère due à une mauvaise digestion. Néanmoins, l'examen du malade ne nous révélant aucune contre-indication absolue, nous pratiquons l'anesthésie au protoxyde d'azote pur, suivant la *Méthode des appels*, à 5 heures du soir. La congestion du visage n'augmente pas pendant l'anesthésie. Aucun signe d'asphyxie. Opération avec succès par M. Ronnet. Réveil calme. Le malade nous avoue qu'il avait une grande appréhension. Il ne sait maintenant comment exprimer sa joie et retourne chez lui enchanté.

Urines émises 5 h. 1/2 après l'anesthésie. Examen par M. Billaudel, en notre présence. Réactifs employés : Potasse caustique, puis liqueur de Fehling. *Aucune trace de sucre.* M. Ronnet a revu le malade. Aucun trouble consécutif.

Obs. IV. — M. Thomé, employé, 41 ans, 121, rue St-Maur, se présente à la clinique de l'Ecole dentaire, le 4 janvier 1886, pour l'extraction de plusieurs racines. Anesthésie au protoxyde d'azote pur, *Méthode des appels*, à 10 h. 1/2 du matin. Pas de cyanose, pas de phénomènes asphyxiques. Opérations pratiquées avec succès par M. Ronnet. Réveil calme. Le malade n'a rien senti. Il retourne immédiatement à son travail.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. Examen par M. F. Vigier. Réactifs employés : Potasse caustique, puis liqueur de Fehling. — Examen au saccharimètre. — *Aucune trace de sucre.*

Obs. V. — M. Georges Leblanc, 17 ans 1/2, 41, rue Lepic, se présente le 5 janvier à l'Ecole dentaire, pour l'extraction de deux dents. Anesthésie au protoxyde d'azote pur, *méthode des appels*, à 10 heures du matin. Pas de cyanose, pas de phénomène asphyxique.

Operations pratiquées avec succès par M. Ronnet. Réveil calme. N'a rien senti. Retourne immédiatement chez lui.

Urines émises 5 h. 1/2 après l'anesthésie. Examen par M. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Aucune trace de sucre.* Pas d'albumine. Les urines se troublent sous l'action de la chaleur,

mais le précipité soluble dans l'acide nitrique est formé par des carbonates et phosphates ammoniaco-magnésiens.

Obs. VI. — Mlle Marie Peigné, 15 ans, 5, rue Cardinet, se présente à l'Ecole dentaire, le 5 janvier 1886, pour l'extraction d'une grosse molaire inférieure. — Anémie. — Anesthésie au protoxyde d'azote, *Méthode des appels*, à 11 heures du matin. Pas de cyanose, pas de phénomènes asphyxiques. Opération pratiquée avec succès par M. Ronnet. Réveil calme. N'a rien senti. Retourne chez elle.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre. *Aucune trace de sucre.*

Obs. VII. — M. Brion, Charles, 37 ans, voyageur de commerce, 16, rue Grange-Batelière, se présente le 6 janvier 1886, à l'Ecole dentaire, pour l'extraction d'une grosse molaire supérieure. Anesthésie au protoxyde d'azote, *Méthode des appels*, à 9 heures du matin. Pas de cyanose, pas de phénomènes asphyxiques. Opération pratiquée avec succès par M. Ronnet. Réveil calme. N'a rien senti. Retourne à ses affaires.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs; saccharimètre.

Nous reproduisons textuellement la note de M. Vigier : L'urine de M. Brion marque 1027° de densité — Acidité prononcée — son mélange avec la liqueur Fehling donne une décoloration de la liqueur par la chaleur (nous reviendrons sur ce fait), mais, si l'on fait la recherche chimique du sucre, en éliminant par le sous-acétate de plomb, l'acide urique, l'urée, etc., on voit *qu'elle ne renferme pas cette substance*. Elle ne contient pas d'albumine. Cette urine est riche en principes azotés.

Obs. VIII. — Mlle Horteinstein, 26 ans, institutrice, (Voir l'obs. I.) se présente le 13 janvier 1886 à l'Ecole dentaire, pour l'extraction d'une racine de grosse molaire, *atteinte de périotite et fort douloureuse.* Anesthésie au protoxyde d'azote pur, méthode des appels, à 9 heures 1[2 du matin. Pas de cyanose, etc. Opération pratiquée avec succès par M. Ronnet. Réveil calme; *n'a rien senti.*

Urines émises 6 heures après l'anethésie. Note de M. F. Vigier: « Cette urine ne renferme pas davantage de sucre que les précédentes. Elle possède une réaction acide, elle se trouble par la chaleur, mais le précipité formé soluble dans l'acide azotique n'est pas de l'albumine, c'est un composé de carbonates et de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Avec la liqueur de Fehling, il y a décoloration de la liqueur, sans précipité d'oyxde de cuivre. Si l'on traite l'urine par le sous-acétate de plomb, de façon à ne conserver que le sucre dans l'urine, la liqueur de Fehling n'est plus influencée ; *donc pas de sucre.* »

Obs. IX.— Mlle Renaud, 16 ans, couturière, 9, rue Richelieu, se présenta le 16 janvier 1886 pour l'extraction de la première grosse

molaire inférieure gauche. Nervosisme. Anesthésie au protoxyde d'azote pur, *méthode des appels*, à 10 heures un quart du matin. Pas de cyanose, etc. Opération avec succès par M. Ronnet. Réveil calme, n'a rien senti.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Mêmes remarques que précédemment. *Aucune trace de sucre.*

Obs. X. — M. Sallefranque, médecin à Saint-Maur (Seine), nous est adressé le 6 janvier 1886, par M. le Dr Prengrueber, chirurgien des hôpitaux. Notre confrère âgé de 40 ans, est un homme puissant, à système adipeux très développé, il pèse 100 kil. (200 livres). Tempérament sanguin. *Depuis 4 jours, alimentation presque exclusivement sucrée.* Notre confrère a vu pratiquer l'anesthésie au protoxyde d'azote pur chez un dentiste connu, par le procédé du *virage*. Il a conservé un très mauvais souvenir de la cyanose observée pendant et après les inhalations, et a dû pratiquer la respiration artificielle sur plusieurs de ses malades, qu'il avait accompagnés, chez l'opérateur. Nous lui expliquons notre méthode et il se met avec confiance entre nos mains. Anesthésie à 5 heures du soir, après le grand déjeuner. Pas de cyanose, aucun phénomène asphyxique. Extraction de l'incisive latérale gauche inférieure et de la racine de canine avoisinante par M. Ronnet. Réveil calme, aucune conscience de l'opération. Nous mettons immédiatement un miroir entre les mains de notre confrère, qui constate par lui-même que son visage n'a pas changé. Il est enchanté, nous remercie avec enthousiasme et nous demande à subir une nouvelle anesthésie séance tenante pour l'extraction d'une grosse molaire supérieure. Nous y consentons.

Deux minutes après le réveil, nouvelle anesthésie, nouvelle opération, même succès. Aucun malaise. Notre confrère retourne chez lui très dispos.

Urines émises à 10 heures du soir, 4 heures et demie après les deux anesthésies. Note de M. Sallefranque qui a bien voulu faire lui-même l'examen de son urine.

Réactifs ordinaires : *L'urine renferme une notable proportion de sucre.*

7 janvier 1886. (Lendemain de l'opération.)

Urines émises à 8 heures du matin (*14 heures* après la double anesthésie). *Elle ne renferme pas trace de sucre.*

Examen à 5 heures et demie, 24 heures après les anesthésies : *Pas trace de sucre.*

Examen quotidien pendant quatre jours : *Pas trace de sucre.*

Bien que ce nombre d'observations soit encore restreint, il permet de poser déjà deux conclusions importantes :

1° *L'anesthésie au protoxyde d'azote pur, pratiquée suivant la méthode que j'ai exposée, n'est jamais suivie de glycosurie lorsque le gaz est administré une seule fois dans la même séance.*

L'observation de M. Sallefranque présente des particularités qui

en font un cas exceptionnel. Elle démontre, AU PIS ALLER, *que l'anesthésie au protoxyde d'azote pur, par la méthode des appels, pratiquée deux fois dans la même séance. donne lieu à une glycosurie tout à fait passagère et qui n'influe en rien sur la santé du patient*

Je discuterai d'ailleurs ce cas dans un moment.

Les faits que je viens d'exposer sont fort différents, en apparence, de ceux que relate M. le Dr Laffont dans son travail. Pourtant ils ne les contredisent en aucune façon, et les conclusions de notre savant confrère doivent être retenues au même titre que les nôtres, ainsi que je vais essayer de le démontrer.

1° *Opinion de M. le Dr Laffont.* — M. le Dr Laffont a été conduit à faire la recherche du sucre dans les urines émises après l'anesthésie au protoxyde d'azote pur, en premier lieu, par l'aggravation de la glycosurie qu'il avait constatée chez un diabétique à deux reprises différentes, à la suite d'extractions de dents par insensibilisation avec le protoxyde d'azote pur; en second lieu, par les études de M. Dastre sur la pluie de sucre dans le sang pendant l'asphyxie.

Il a pensé que l'insensibilité pendant les inhalations de protoxyde d'azote pur ne se produisait qu'au moment où elle se produisait en asphyxiant un animal, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus que 3 à 4 pour 100 d'oxygène. Dans ces conditions, l'insensibilisation par inhalation de protoxyde d'azote pur doit donc provoquer la pluie de sucre dans le sang, et consécutivement l'apparition de la glycosurie.

2° *Expériences de M. le Dr Laffont.* — M. le Dr Laffont a subi l'anesthésie au protoxyde d'azote pur deux fois de suite à quelques minutes d'intervalle; l'anesthésie complète n'est survenue chez lui *qu'au moment du virage.* Consécutivement il a trouvé du sucre dans ses urines pendant trois jours. Il a alors expérimenté sur les chiens, et dans tous les cas a trouvé du sucre dans les urines.

3° *Conclusions de M. le Dr Laffont.* — Les conclusions des recherches de M. le Dr Laffont sont les suivantes :

(A) L'anesthésie par inhalation de protoxyde d'azote pur, sans mélange d'oxygène à la pression normale, suivant la méthode des chirurgiens dentistes, est toujours accompagnée, ainsi que l'ont démontré Jolyet et Blanche en 1873, d'asphyxie concomitante.

(B) L'asphyxie concomitante de ce genre d'anesthésie provoque une pluie de sucre dans le sang, c'est-à-dire de l'hyperglycémie étudiée par M. Dastre dans l'asphyxie ordinaire par obstacle à la respiration.

(C) L'hyperglycémie dans ce genre d'anesthésie provoque chez l'individu sain un diabète plus ou moins durable.

Rapprochons de ce qui précède les données suivantes :

1° LE PROTOXYDE D'AZOTE EST UN ANESTHÉSIQUE

Malgré les travaux de Davy et d'Horace Wells, on a pu dire, à un moment donné, que le protoxyde d'azote était simplement un agent d'asphyxie, et que l'anesthésie observée à la suite des in-

halations de ce gaz n'était autre que l'anesthésie qui survient toujours à une certaine phase de l'asphyxie. En d'autres termes, si on fait inhaler à un homme où à un animal un gaz inerte et incapable d'entretenir la respiration, tel que l'azote pur, on provoque l'asphyxie, et dans la dernière phase de cette asphyxie, on constate l'anesthésie. On a pu penser, dis-je, à un certain moment, que le protoxyde d'azote agissait de cette façon.

Depuis les magnifiques travaux de M. P. Bert sur l'anesthésie obtenue avec le mélange de protoxyde et d'oxygène sous pression, il n'est plus possible de soutenir cette thèse, et la démonstration devient d'une simplicité banale.

En effet, faites inhaler un mélange d'azote et d'oxygène, il n'y aura plus à craindre d'asphyxie, mais il n'y aura pas plus d'anesthésie qu'à la suite des inhalations d'air ambiant. Faites au contraire respirer un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, il n'y a pas d'asphyxie, mais il y a une belle et bonne anesthésie.

Donc le protoxyde d'azote est un anesthésique.

2° *Dans les inhalations de protoxyde d'azote pur, l'anesthésie précède l'asphyxie.*

Le protoxyde d'azote pur étant incapable d'entretenir la respiration, on peut se demander si les inhalations de ce gaz n'entraînent pas l'asphyxie avant de produire l'anesthésie, ou si l'asphyxie et l'anesthésie n'évoluent pas simultanément. C'est là, on se le rappelle, la manière de voir de M. le Dr Laffont.

Mon opinion est différente. A mon avis, dans les conditions habituelles d'anesthésie au protoxyde d'azote, l'*anesthésie précède l'asphyxie*. J'appuie cette opinion sur les considérations suivantes :

(A) Le protoxyde d'azote liquéfié, que l'on emploie dans la pratique courante, n'est pas *pur*, dans le sens absolu du mot. Il contient *un quart pour cent d'air dissous*, ainsi qu'il résulte des recherches du prof. Zuntz et du Dr Martin Goltstein (1). La présence d'une certaine quantité d'air ne saurait détruire les propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote, et nous avons démontré (2) que certains mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène sont anesthésiques d'emblée même à la pression normale.

En un mot, dans la pratique courante, le patient respire non pas du protoxyde d'azote absolument pur, mais un mélange de protoxyde d'azote et d'air, ce qui retarde déjà l'imminence de l'asphyxie. D'autre part, le temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie est extrêmement court, et si l'on manie convenablement le gaz, ce temps n'est pas suffisant pour produire l'asphyxie chez un sujet bien portant.

Les paroles que M. Paul Bert a prononcées à l'Académie des sciences (séance du 18 janvier 1886) (3) en réponse à la note de

(1) Voir *Traité d'anesthésie chirurgicale du Dr Rottenstein*, p. 51.
(2) Paris, librairie Germer-Baillière et Ce, 1880. Comptes rendus de la Soc. de Biologie, 1885, et Odontologie, id.
(3) Voir *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 2, 22 janvier 1886, p. 59.

M. Laffont, prennent ici leur place. « Il faut distinguer entre le protoxyde d'azote *pur* et le protoxyde d'azote mélangé, en proportions définies, avec l'oxygène par exemple. Si le premier est dangereux, comme l'affirme M. Laffont, le second est inoffensif. Plus d'un million d'anesthésies ont été obtenues par cet agent, dont plus de 100.000 en France, et c'est à peine si l'on compte huit cas suivis d'accidents, et encore sur ces huit cas il s'agit d'en retrancher trois dans lesquels on n'en saurait imputer la terminaison fatale à l'anesthésie proprement dite. C'est donc, en réalité, un chiffre extrêmement minime. »

(B) Les expériences de Goltstein (1) démontrent que, chez le lapin et chez le chien, l'anesthésie au protoxyde d'azote apparaît 30 à 40 secondes après le commencement des inhalations, tandis que l'asphyxie complète ne commencera qu'une minute plus tard.

(C) Enfin, l'observation directe des malades anesthésiés par la *méthode des appels* prouve qu'on n'observe jamais la cyanose du visage, ni d'autres phénomènes asphyxiques.

En résumé, dans l'anesthésie obtenue avec le protoxyde d'azote liquéfié, l'*anesthésie précède l'asphyxie*.

(D) *Pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote, on peut, chez l'homme, reconnaître à des signes infaillibles le moment où l'insensibilité est complète, arrêter les inhalations avant le début des phénomènes asphyxiques et se mettre à l'abri de tout accident.*

L'anesthésie précède l'asphyxie; il existe entre ces deux états un temps intermédiaire. Temps très court et difficile à saisir, mais appréciable et saisissable. En suivant la marche des phénomènes, à l'aide de la méthode des appels (appel à la perception par les mouvements de l'avant-bras, appel à la sensibilité par la provocation du reflexe palpébral), on peut obtenir une anesthésie parfaite et sans danger.

La cyanose est un signe d'asphyxie; se baser sur ce phénomène pour la conduite des inhalations, c'est conduire le malade à l'asphyxie. Par suite, on devra s'attendre à observer tous les accidents de l'asphyxie chez les patients anesthésiés par le procédé du *virage*.

Ajoutons que la *méthode des appels* est difficilement applicable aux animaux, et constatons, une fois de plus, qu'il y a une nuance importante entre la clinique et les expériences de laboratoire.

J'ai rapproché les faits qui précèdent des recherches de M. le Dr Laffont, afin d'expliquer la divergence de nos conclusions en montrant la différence de nos points de vue et de nos expériences.

Les communications de notre distingué confrère exposent, d'une manière irréfutable, les accidents consécutifs aux inhalations du protoxyde d'azote pur *administrées par le procédé du virage*.

---

(1) Voir loc. cit. p. 104 et suivantes.

En outre, elles mettent en évidence le danger qu'il y a à donner le gaz aux diabétiques.

Les miennes ont pour but d'établir qu'il existe une méthode régulière et inoffensive d'anesthésie au protoxyde d'azote.

L'examen des urines des malades que j'ai anesthésiés suivant cette méthode confirme ce que j'avais avancé précédemment.

Le cas de M. Sallefranque, c'est le moment d'y revenir, n'infirme rien, car une glycosurie de quelques heures à la suite de deux anesthésies n'est pas plus grave que la glycosurie consécutive à l'alimentation sucrée ou au choc nerveux produit par une forte émotion, et personne n'oserait affirmer qu'il y a là un motif suffisant pour se priver des avantages précieux du protoxyde d'azote.

Enfin, l'observation de M. Sallefranque n'est pas concluante. *Depuis quatre jours, notre confrère prenait une alimentation presque exclusivement sucrée*, suivant sa propre expression.

En outre, il est sanguin, dyspeptique ; son système adipeux est très développé ; il pèse 200, et il a subi l'anesthésie après le grand déjeuner, à cinq heures du soir.

En lui donnant le gaz deux fois consécutives, j'attendais, j'espérais la glycosurie, mais, confiant dans l'innocuité que donne la méthode des appels, j'espérais aussi, et l'événement est venu justifier cette prévision, que la glycosurie serait tout à fait passagère et inoffensive.

Je m'étais donc placé dans les conditions voulues pour obtenir la glycosurie. Je reste persuadé que ce phénomène n'est pas constant, même à la suite de deux anesthésies rapprochées. Les occasions d'anesthésies doubles se présenteront bientôt, sans aucun doute, et je vous communiquerai scrupuleusement le résultat des analyses d'urine.

J'aurais voulu vous exposer certaines expériences relatives au changement de coloration produit par le protoxyde d'azote sur les urines traitées par la liqueur de Fehling, changement de coloration qui pourra peut-être servir à révéler le passage de ce gaz à travers l'économie, mais je craindrais d'abuser de votre patience, et je remets cette partie de ma communication à une prochaine séance.

Je termine en concluant comme précédemment : *L'anesthésie au protoxyde d'azote est inoffensive, et l'opération pratiquée pendant cette anesthésie réussit toujours* : 1° Lorsque l'état du malade n'offre aucune contre-indication à l'anesthésie ; 2° Lorsque l'anesthésiste fait usage d'une méthode permettant de cesser les inhalations avant l'apparition des phénomènes asphyxiques ; 3° Lorsque l'opérateur est habile et habitué aux manœuvres qui se pratiquent pendant l'anesthésie.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 24 novembre 1885

Présidence de M. Wiesner

I. Du manuel opératoire pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote, par M. Viau. — Discussion.
II. Présentation d'une pile portative par M. Vincent.
III. De l'obturation des canaux dentaires par le charbon, par M. Gillard. — Discussion.
IV. Présentatiou d'un moufle de M. Rousseaux.

M. le Président. — M. Poinsot, indisposé, et M. Blocman, retenu par un devoir de famille, se font excuser.

M. Viau fait une communication sur le manuel opératoire pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote (1).

M. Préterre. — Messieurs, le travail que vient de vous présenter M. Viau rappelle des règles très judicieuses. Nous ne devons pas abandonner un agent aussi précieux que le protoxyde d'azote, parce qu'il est arrivé un accident à un de nos confrères. Nous devons l'emploi de ce gaz à un dentiste, et nous ferons bien de continuer à nous en servir, tout en nous entourant des plus grandes précautions. Pour mon compte, les aides m'ont toujours paru indispensables pour ces sortes d'opérations.

M. Ronnet. — L'enquête sur les prédispositions du malade doit toujours être faite avec le plus grand soin et surtout si l'on soupçonne quelque trouble du côté de la circulation. S'il en avait toujours été ainsi, on aurait évité des malheurs que l'on doit imputer le plus souvent, non au protoxyde d'azote, mais à l'imprudence ou à l'inexpérience de ceux qui l'administraient.

M. Meng. — Les règles opératoires que vient de nous rappeler M. Viau, n'ont pas toutes mon approbation, notamment la recommandation d'entourer la tête du patient avec le bras gauche. Je ne pratique pas ainsi, et je pense qu'il y a avantage à se servir, selon le cas, de l'une ou l'autre main, en laissant la tête du patient reposant librement sur l'appuie-tête.

M. Dubois. — Il est vrai que certains opérateurs obtiennent de bons résultats sans entourer la tête du patient; je l'ai constaté maintes fois à la clinique de l'Ecole; malgré cela, la règle indiquée par M. Viau est plus rationnelle, la tête est ainsi plus fixe, il est évident que la mobilité de la tête est une condition fâcheuse pour l'extraction des dents, le bras gauche l'empêche.

La majorité des membrés de l'assemblée approuve le procédé opératoire qui consiste à entourer la tête du patient avec le bras gauche, quand on a à avulser une dent de la mâchoire supérieure.

---

(1) Publiée dans le corps du journal.

M. Vincent. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une pile portative d'un petit volume et d'un prix qui, je l'espère, en généralisera l'emploi, car il est inférieur à tout ce qu'on vous a soumis jusqu'ici. Vous y remarquerez une modification : la cuve s'élève et s'abaisse, et non les charbons et les zincs. Cela a simplifié la construction. Cette pile peut donner une lumière continue et assez intense, comme vous pouvez en juger, pendant deux heures et demie ou trois heures. Les cautères peuvent fournir deux heures de travail. On constate que la substitution de la lampe à incandescence au porte-cautère se fait en un tour de main ; donc, les principaux services que vous pouvez demander à l'electricité, sont à la disposition de tous les dentistes pour un prix modique; le prix de ce petit appareil est de 60 francs.

M. Gillard fait une communication sur l'obturation des canaux dentaires par le charbon (1).

M. Dubois. — J'ai lu dans le *Cosmos* de septembre (p. 639), qu'un dentiste américain avait aussi essayé avec succès le charbon pour obturer les canaux dentaires. Au charbon, le dentiste américain joint un peu d'iodoforme; il conseille aussi, pour les canaux à large ouverture, d'obturer leur extrémité avec de l'étain. Pour les dents de la mâchoire supérieure, il foule la poudre de charbon par le moyen d'un petit tube de verre. Il dit que sur vingt-cinq cas ainsi traités, pas un seul n'a eu d'échec, du moins à sa connaissance.

L'idée de M. Gillard et de notre confrère des Etats-Unis est sans doute judicieuse, elle s'appuie sur de bonnes raisons : la puissance d'absorption des gaz par le charbon. Pourtant nous ne devons pas oublier que le charbon ne modifie pas les gaz, mais les emmagasine en quelque sorte ; c'est grâce à cela, qu'industriellement, il peut servir indéfiniment. Dans la dyspepsie flatulente, on obtient de bons résultats de l'ingestion de la poudre de charbon, mais c'est grâce à des doses incessamment renouvelées ; il se peut que, dans une cavité close, les résultats ne soient pas absolument les mêmes, surtout si l'on admet une formation constante, accumulée, de gaz.

Il y a là une inconnue que l'avenir dévoilera. Depuis que M. Gillard m'a parlé de cette application, j'ai obturé des canaux ainsi, et actuellement, le succès semble justifier la tentative ; elle mérite certainement de se généraliser, car elle repose sur une idée de thérapeutique rationnelle et je n'ai voulu qu'indiquer une cause possible d'échec. Je n'en applaudis pas moins à l'idée qui vient de nous être présentée.

M. *Wiesner* demande à M. Gillard son processus opératoire.

M. *Gillard.* — Le charbon doit être en poudre très fine et ne pas être associé à une substance lui enlevant sa porosité, cela étant le principe de son action. Afin de le rendre plus maniable, je le

(1) Publiée dans le corps du journal.

porte dans la cavité en y ajoutant un liquide très volatil comme le chloroforme, puis l'obturation des canaux exécutée, un courant d'air chaud enlève toute trace de chloroforme et d'humidité.

M. *le président.* — Nous remercions M. Gillard de son excellente communication. (Applaudissements.)

M. *Dubois.* — Je vous présente au nom de M. Rousseaux, de Roubaix, un nouveau moufle ayant une disposition très ingénieuse : un fond mobile.

Nous avons tous éprouvé, dans certains cas, la difficulté de sortir du moufle le plâtre contenant la pièce vulcanisée.

Dans les appareils où on combine le métal et le caoutchouc, sur ceux où on a monté des dents à gencive, on redoute pour la solidité des dents ayant à subir de trop forts contre-coups, surtout, quand ce travail est confié à des mains imprudentes. M. Rousseaux a voulu obvier à cet inconvénient, en munissant la partie inférieure du moufle d'un fond mobile que fixe une targette. L'ensemble est très solide pour bourrer et mettre en plâtre, et il est ensuite très facile de faire glisser la targette afin de détacher la partie du plâtre contenant la pièce, par un simple coup de marteau. Depuis plus d'un mois, je me sers de ce moufle avec le plus grand avantage.

Le moufle est examiné par l'assemblée et la modification paraît fort utile à tous.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances,
E. LEGRET.

REVUE DE L'ETRANGER

Association dentaire américaine. — Vingt-cinquième session annuelle. — Résumé et traduction par le Dr H. SICARD.

Suite (1)

Le docteur C.-W. Spalding, de Saint-Louis, pense qu'en règle générale il est très clair que les substances inorganiques ne sont pas assimilables comme l'organisme animal ; mais après avoir été organisées sous forme de végétaux, elles peuvent être assimilées. Il y a cependant une exception à cette règle, — c'est une substance inorganique d'un usage très répandu — le chlorure de sodium. Nous savons qu'il est éliminé sans avoir subi de transformation, mais nous ne savons pas s'il est entièrement éliminé. Ce qui en reste dans le système doit subir une décomposition, et, s'il en est ainsi, pourquoi les éléments de la partie ainsi décomposée ne seraient-ils pas capables d'être incorporés dans le sys-

(1) V. Odontologie, décembre 1885, p. 568.

tème? Nous savons que certains animaux à l'état de nature recherchent le sel. Les daims qui lèchent le sel en sont un exemple familier. Est-ce une perversion du goût qui les pousse à rechercher le sel, ou est-ce un goût implanté chez eux par la nature? Il en est ainsi de quelques-uns de nos animaux domestiques. Ils ne seront pas florissants, ils s'amaigriront si on les prive de leur portion de sel.

Maintenant, dans quel but le demandent-ils? Est-ce comme remède? Le goût pour le sel peut être acquis par les animaux domestiques, mais il n'en est pas ainsi pour les animaux sauvages.

Le docteur C.-N. Peirce, de Philadelphie, approuve beaucoup des faits énoncés dans le travail qui vient d'être lu, mais il s'y trouve des idées contraires aux lois qui gouvernent l'organisation et l'assimilation.

Le docteur Barrett a exprimé l'opinion que l'homme est le seul animal qui ait besoin d'agents médicamenteux n'ayant pas le même caractère que sa nourriture. Toutefois, le cheval mange de l'argile; le chien mange de l'herbe. Le chat et le chien mangent tous deux leur portion d'herbe chaque jour. Tous ceux qui sont familiers avec la basse-cour savent que si les poulets manquent de coquilles d'huîtres, leurs œufs seront dépourvus de coquille à cause du manque de chaux dans leur nourriture. Nous nous trompons en parlant d'inorganique et d'organique. La chaux dans la paille de froment, qui ne pousse qu'en vertu de la chaux contenue dans la terre, n'est pas moins inorganique que lorsqu'elle entre dans l'économie animale sous forme de boisson.

Tous ceux qui sont familiers avec l'agriculture savent que le terrain doit contenir de la chaux ou rien n'y poussera. Des fermiers ont dernièrement répandu du sel dans leurs champs à avoine. L'expérience du docteur Barrett telle qu'elle est relatée n'est pas conclusive. L'orateur prétend que souvent l'on obtient un grand succès en administrant des sels de chaux, non par leur assimilation, mais par l'aide qu'ils apportent en changeant les conditions des fluides de l'économie.

Le docteur Barrett met la charrette avant les bœufs lorsqu'il dit que la nourriture est appropriée à l'animal. Le fait est que la nourriture fait l'animal, détermine sa structure. Vous pouvez prendre des animaux et les maintenir avec une alimentation différente de celle qui leur est naturelle, et dans le courant des générations vous pouvez les adapter à cette nouvelle alimentation. Les dents résultent de l'habitude de la nourriture. Il existe le même développement de structure dans toutes les classes, que les animaux soient terrestres ou aquatiques, parce qu'ils ont tous l'habitude de se nourrir.

Chez les carnivores, les dents sont modifiées par des changements dans la nourriture. L'ours polaire, qui ne se nourrit exclusivement que de viande, a les dents types du carnivore; l'ours que l'on rencontre dans le Kentucky vit partiellement de baies et de racines, et ses dents sont modifiées en conséquence. Le dernier

a une molaire triturante produite par l'influence d'une alimentation herbacée sur les dents carnivores.

Nous voyons souvent des enfants placés à table avec un verre à côté de leur assiette, et ils s'en servent pour boire de temps en temps, diluant ainsi la nourriture qui n'a pas été suffisamment mâchée. Toutes les fois qu'un semblable procédé a été suivi, les dents sont faibles et se cassent facilement, parce que l'estomac remplit leur fonction. Ce manque de fonction est la cause de leur désintégration, plutôt qu'aucun changement de nourriture, et de cette façon nous avons des caries dentaires presque universelles.

Le docteur W.-H. Atkinson, de New-York. Il y a très peu de temps encore, le docteur Barrett était l'avocat par excellence de la méthode d'administrer des sels de chaux. Il est très facile de trouver une évidence corroborative, lorsqu'on veut prouver quelque chose et qu'on ne veut pas trouver ce qui y est contraire. C'est cette classification erronée qui nous embrouille et est la cause de toute cette discussion. La première chose est la classification en substances organiques et inorganiques. Les orateurs ont mentionné deux substances organiques et les ont appelées inorganiques, — l'eau et le sel ordinaire — et on a parlé du dernier comme si c'était le seul sel. Ils ont aussi parlé de remèdes et d'aliments. Toute substance pouvant amener un changement dans l'arrangement des atomes de l'organisme doit être un aliment ou une médecine suivant les conditions sous lesquelles ils se présentent. Jusqu'à ce que nous sachions comment le pabulum est produit et qu'est-ce qui fait qu'un aliment est tantôt un aliment et tantôt un poison, nous ne trouverons pas de solution aux difficultés qui se trouvent sur notre chemin. Il est difficile de dire où est la vérité, lorsqu'il y a tant d'hypothèses et si peu de faits, tandis que les hypothèses sont tenues comme valant autant que les faits. L'assimilation de la nourriture est le réveil d'une énergie latente.

Nous disons que nous avons faim, et nous nous nourrissons ; et presque tout le monde dit que le siège de la faim est l'estomac. Nous avons faim juste à l'endroit où le pabulum est bien consumé. Quelqu'un a dit que le sel passe à travers l'organisme animal sans subir d'altération. Il aurait mieux fait de revoir sa chimie organique. On pourrait aussi bien dire que l'air est éliminé par les poumons sans avoir subi de transformation, lorsque quatre-vingt-seize pour cent d'air est aboli, et que nous ne nous approprions que quatre pour cent. L'oxygène des quatre-vingt-seize est complètement anéanti, en tant que son utilité comme nourriture est comprise Une autre personne dit que l'habitude de se nourrir est la cause des formes des dents, oubliant que c'est le réveil de l'énergie qui assimile et place la nourriture apportée qui fait les formes des dents.

Dr Spalding. — Est-ce que le Dr Atkinson dit que le sel passe sans altération ?

Le *Dr Atkinson* nie avoir dit cela. L'analogie qu'il en fait avec

l'oxygène montre qu'il ne le croyait pas, lors même qu'il l'aurait dit. Cela ne peut être prouvé que par analogie. L'élimination de l'oxygène a été démontrée, de même que celle du sel, quoique à un moindre degré.

Le D[r] Abbott, il y a plusieurs années, a fait les mêmes essais sur les femmes enceintes que le D[r] Barett, dans l'idée de produire des dents meilleures chez les enfants, mais il n'a pas obtenu de bons résultats. Dans un cas il a cru qu'il avait réussi, mais il sait maintenant que les dents produites avec le traitement par le phosphate de chaux ne sont pas meilleures que les autres, dans une famille où aucun traitement n'a été employé. Cependant, il n'a pas abandonné l'idée que peut-être on peut obtenir de bons résultats par ce moyen. La difficulté consiste dans la facon d'administrer le lacto-phosphate, et il semble que tout ce que nous administrons n'est pas réellement du lacto-phosphate de chaux, mais une solution de trois parties de chaux et une de phosphore. Tous nos efforts semblent vains, à moins que le lacto-phosphate ne soit pris sous forme d'aliment. Nous prenons donc le système sous toutes les formes d'aliments qui se présentent, assez de chaux pour tout ce qui a rapport à notre structure. Mais une raison particulière de la carie des dents chez les femmes enceintes peut être le fait que nous sommes incapables d'assimiler une quantité convenable pour remplacer la perte qui se fait dans leur système, même si elles le prennent, parce qu'elles rendent tout, par suite de vomissements.

D[r] Peirce. — Le D[r] Atkinson s'est attaqué à un point que l'orateur a désiré rendre clair : La formation des dents comme cause des habitudes d'alimentations. Si vous alliez dans un musée d'anatomie comparée, et si vous examiniez les mâchoires et les dents d'animaux appartenant à des espèces différentes, vous trouveriez, comme il l'a été tout d'abord démontré par John A. Ryder, que dans une classe, le centre odontomorphique se trouve aux condyles, et dans une autre classe, le centre se trouve entre les condyles, montrant ainsi que le mouvement de la mâchoire dans la trituration de la nourriture a contrôlé la formation des sillons et des tubercules des dents, Et encore, les trois tissus solides des dents sont arrangés différemment chez des animaux différents, selon leur mode d'alimentation. Dans un groupe, nous avons l'émail en dehors de la dentine recouvrant la couronne et le cément qui revêt la dentine de la racine ; dans un autre groupe la dentine et l'émail sont à côté l'un de l'autre, et ainsi de suite.

D[r] L. C. Ingersoll, Keokuk, Iowa. — Est-ce que le D[r] Peirce dit que les formes et fonctions des dents dérivent du mode d'alimentation ? S'il en est ainsi, il voudrait demander deux ou trois questions. D'abord, si la formation de l'estomac résulte du développement des dents ? Et ensuite il demanderait si l'habitude de ruminer sa pâture est la cause du double estomac qui existe dans les races bovines ?

D[r] Peirce. — La nécessité passe avant le mouvement. Il a admis que le sujet est encore enveloppé d'une grande obscurité, mais il persiste à déclarer que le mode d'alimentation est la cause première

de la structure des dents. Le plus près, la nourriture s'approche de l'animal, le plus court sera le processus de sa transformation dans les tissus de cet animal. Ainsi le mouton, qui est véritablement un herbivore, possède un canal alimentaire vingt-huit fois aussi long que son corps; tandis que chez certains carnivores, le canal n'a que cinq fois la longueur du corps.

Dr Ingersoll. — Nous savons que les dents et l'estomac de l'enfant se développent en même temps. Maintenant il s'élève la question que le Dr Peirce a soulevée, si l'enfant n'a pas de dents, est-ce qu'il n'aura pas d'estomac? Un cas bien authentique a été rapporté d'un homme en Pensylvanie, âgé de plus de quarante ans, qui n'avait jamais eu de dents, mais qui possédait un estomac, un estomac parfait, en tant que j'ai pu le savoir.

Dr G. D. Sitherwood, Bloomington, Illinois. — Il prétend que l'on se fie trop à l'alimentation de substances minérales. Il n'a aucune confiance dans les sels minéraux ou les mixtures patentées qui prétendent rendre les dents meilleures.

Dr S. H. King, Lincoln, Nebraska. — Le Dr Atkinson prétend que lorsqu'on a faim, le besoin de nourriture se fait sentir non dans l'estomac, mais dans la partie qui a besoin de nourriture. L'expérience de l'orateur est que lorsqu'il a faim, s'il remplit son estomac, la faim le quitte. Maintenant, peut-il se faire que cette partie est satisfaite d'un seul coup?

Dr Atkinson. — La preuve que la faim n'a pas son siège dans l'estomac, c'est que vous n'aurez pas faim si vous placez une ceinture de façon à envoyer le sang avec la nourriture qu'il contient à la partie qui en a besoin. L'effet est juste le même que la distension de l'estomac par la nourriture.

Le *Dr Barrett* est bien certain que les membres de l'Association sont surtout discoureurs. On n'a présenté qu'un seul sujet. Nous ne sommes pas venus ici, quelques-uns de nous, de mille ou quinze cent milles, pour discuter des principes élémentaires. Ceux qui prennent part à la discussion doivent avoir leur intelligence suffisamment vaste pour comprendre les limites du sujet à considérer. Prenant le dernier orateur comme exemple, il demande si le corps n'est pas soutenu pendant plusieurs mois par des lavements? De plus, l'organisme a besoin de liquides. La soif peut être apaisée en s'injectant des liquides dans le système veineux.

La nomenclature du sujet est défectueuse et insatisfaisante. La division des substances élémentaires organiques et inorganiques est spécialement insatisfaisante. L'eau elle-même est inorganique, et cependant on la trouve partout dans le corps. A défaut d'une terminalogie exacte, nous devons employer des termes qui sont usuellement employés, et il a demandé à ce que l'on comprenne qu'il se sert de termes dans leurs propres significations. Il voulait poser en loi générale, que sous aucune circonstance, les organismes animaux n'emploient des substances inorganiques pour la production de changements trophiques. On a cité une exception comme réfutant triomphalement la loi que l'orateur croit s'étendre partout dans le règne physique — c'est-à-dire que la chaux

est nécessaire à la production de la coquille d'œuf. — La coquille n'est pas une partie de l'œuf. Quelques œufs sont incubés dans le corps ; quelques-uns en dehors. Ceux qui sont incubés dans le corps n'ont pas de coquille ; la coquille est simplement un revêtement pour la protection de ceux qui sont déposés avant l'incubation.

Le *Dr Atkinson* a répondu à quelques arguments, disant que le chlorure de chaux est nécessaire pour la construction du système osseux. Il y a différentes substances qui ne sont pas emmagasinées dans le corps, qui ne forment aucune partie de sa structure, et qui cependant sont utiles pour maintenir les solutions dans le corps en bonne condition.

Le chlorure de sodium est nécessaire pour l'endosmose et l'exosmose, pour changer les conditions des fluides de façon à ce que ces processus aient lieu. Faisant allusion à l'exposé qui a été fait ici que le canal alimentaire des Carnivores est cinq fois aussi long que le corps, tandis que celui des Graminivores l'est vingt-huit fois, qu'est-ce que cela prouve? Cela prouve, s'il prouve quelque chose, que plus la nourriture est organisée, plus le processus alimentaire requis pour son assimilation est court. Les dentistes ont été trop habitués à prescrire les phosphates pour fortifier le système de la mère. Il croit qu'il est inutile de les prescrire dans leur forme première. La nature doit les éliminer de leur combinaison avec les autres éléments de la nourriture, ou bien elle ne s'en servira pas. Si la nature a besoin de carbone, elle l'éliminera de ses combinaisons, mais elle ne prendra pas un composé et l'emmagasinera dans le système comme un composé.

Dr Peirce. — Il est un fait bien connu que les rochers de Paris et de Gibraltar sont composés de petits animaux infusoires et de leurs produits. Ceux-ci sont organisés.

Dr Barrett. — Est-ce que le Dr Peirce appelle le produit des infusoires ou le corail des êtres organisés ?

Dr Peirce. — Aussi bien que dans la paille de froment.

La séance est ajournée jusqu'au mercredi à 9 heures. A. M.

On termine avec la discussion de la section VII.

Après quelques observations des Drs W. H. Morgan de Nashqille, J.-J.-R. Patrick, de Belleville, Illinois, A.-H. Thompson Topeka, Kasas, le Dr E.-F. Darby, de Philadelphie, prend la parole :

« Le *Dr Barrett* a dit que les substances inorganiques ne sont pas appropriées au système animal. Il semble à l'orateur qu'il peut se rappeler des exemples où les substances inorganiques sont demandées. Un médecin s'adressant à lui à propos d'un enfant rachitique, disait qu'il enlevait le plâtrage du mur à côté de son lit dans un espace de trois pieds et le mangeait. Il suggéra alors l'emploi du lacto-phosphate, et le médecin lui dit qu'après un court traitement au lacto-phosphate, l'enfant cessa de manger le plâtrage du mur. On peut dire que ceci était un exemple d'appétit anormal.

Pourquoi les jeunes filles anémiques qui vont à l'école mangent-elles leur crayon à ardoise? Pourquoi la femme enceinte

désire-t-elle des aliments contenant de la chaux? Une hirondelle ne fait pas le printemps, pas plus qu'une dose de lacto-phosphate ne change le caractère des dents. Si nous n'obtenons pas le résultat désiré d'un seul coup, il n'en faut pas conclure que le traitement est inutile. Le professeur Agassiz, comme on le sait, était un avocat ardent du régime au poisson pour le développement du cerveau. En passant avec quelques amis au milieu d'un pays où les habitants se nourrissaient spécialement de poisson, ils rencontrèrent un garçon idiot. Après information, on apprit que ce garçon avait eu comme nourriture ordinaire du poisson.

On le montra à Agassiz comme une belle illustration de sa théorie favorite. « Oui, dit-il, mais qui peut dire dire ce qu'il aurait été, s'il n'avait pas mangé de poisson toute sa vie? »

Et ainsi nous ne pouvons dire quelles auraient été les dents de nos malades s'ils ne s'étaient pas nourris avec des aliments composés en grande partie de phosphates.

Le docteur Atkinson est heureux que l'Association dentaire américaine commence à s'occuper des principes. Son opinion sur la matière en discussion a beaucoup de commun avec presque chaque orateur. Quant à ce qui est de la fonction du fer dans l'économie, puisqu'il est admis qu'il est nécessaire, on ignore quel est son rôle à part celui de matière colorante. L'oxyde de fer est un constituant du sang par excellence. Il est converti en sesquioxyde de fer, et son rôle est de forcer l'oxygène à rester auprès des corpuscules rouges.

La discussion sur ce sujet est terminée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

UN SCANDALE

Suite (1)

L'article que nous avons publié dans les numéros de novembre et de décembre a causé dans notre profession une émotion facile à concevoir. Il nous a valu de nombreuses lettres dont quelques-unes sont des plus intéressantes ; elles contiennent, pour la plupart, des renseignements qui viennent éclaircir les faits que M. le Directeur de l'Ecole Dentaire de France juge bon de laisser dans l'ombre.

Le dentiste auquel nous faisions allusion, a eu le tort grave de ne pas triompher modestement et de ne pas imiter

De Conrart le silence prudent.

Il alla partout raconter à ses anciens condisciples la manière

---

(1) Voir Odontologie, décembre 1885, page 574.

affable avec laquelle il avait été reçu et les facilités qu'il avait obtenues.

Ses confidences ont été pieusement recueillies, et lorsque l'on voudra que nous les produisions, les témoins ne feront pas défaut.

En attendant, nous allons donner la parole à nos honorables correspondants. Nous publions d'abord les extraits d'une longue lettre que nous avons reçue d'un dentiste de province, diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris, fort au courant des faits dont nous parlons. Nous tenons l'original à la disposition des intéressés.

Lettre de M. X., dentiste a X.

Diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris (session d'octobre 1885)

X., le 7 décembre 1885.

Monsieur le Dr Aubeau, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,

Rédacteur en chef de l'*Odontologie*.

Monsieur,

« Sous le titre : Un Scandale, publié dans l'*Odontologie* du mois de novembre, vous dévoilez un fait qui est à la connaissance de pas mal de personnes, et puisque vous nous demandez si les faits sont exacts, je crois devoir vous les confirmer, du moins en ce que je sais.

« M. X., qui n'est autre que M. (1) . . . .
. . . .
comprenant qu'il ne pourrait obtenir son diplôme à la session d'octobre, a dit que, voyant et connaissant à présent les habitudes de l'Ecole Dentaire de Paris. il se représenterait à la prochaine session des examens, sûr d'avance d'un bon résultat.

« Occupé de mon côté de mes examens, je perdis M. X. de vue pendant plusieurs jours, mais un de ses amis personnels m'en parla, me disant qu'il avait reçu une lettre de l'Ecole Dentaire de la rue de l'Abbaye au sujet des examens.

« Voulant savoir ce qu'il en était, je recherchai M. X., qui me conta que sur les conseils d'une maison de fournitures (. . .
. . . .) il alla faire une visite à . . .
. . . . l'Ecole Dentaire de France, où sans doute il vit M. Brasseur.

« On s'entendit pour l'obtention du diplôme, mais quelque chose n'était pas bien convenu (j'ignore quoi), puisque M. Brasseur

(1) Pour des motifs que l'on comprendra facilement, nous n'avons pas voulu jusqu'à présent publier le nom du dentiste désigné sous cette initiale.

Quels que soient ses torts dans la circonstance, ils sont cependant moins grands que ceux des personnes qui lui ont fait les offres auxquelles il a cédé. La publicité que nous pourrions donner à son nom aurait en la circonstance le grave inconvénient de lui causer dans sa clientèle un préjudice peut-être considérable, et la punition, quelque juste qu'elle soit, serait sévère; aussi nous attendrons que, par l'usage qu'il fera de son diplôme, il nous dicte lui-même notre conduite.

écrivit à M. X., le priant de passer chez lui pour lui expliquer, pour s'entendre, etc... J'ai *lu* la lettre.

M. X. a eu, comme vous le publiez, le *tort très grand* de dire dans sa ville qu'il partait pour ses examens et obtenir un diplôme; rentrer sans diplôme était donc pour lui assez ennuyeux, et c'est pour ce seul motif qu'il a cédé aux propositions qui lui ont été faites. *Cela me coûtera 400 fr., dit-il, mais ça m'est égal pour le moment, je reviendrai rue Richer passer mes examens.*

« On lui avait promis d'être coulant et qu'il serait muni de son diplôme. La publication de son nom vous l'a prouvé.

« Tels sont les faits. C'est pour moi pénible de mêler le nom de M. X. que j'estime, c'est même une peine pour moi, mais d'un autre côté, je fais mon devoir en vous disant : *Ce que vous avez publié est vrai.*

. . . .

« Vous le dirai-je, j'ai rencontré, en juillet, deux dentistes à Paris, qui, au bout de quarante-huit heures, ont aussi obtenu leur diplôme ! Mais il ne s'agit pas de la question des candidats, il est question de la valeur des écoles et des diplômes. . . . .

. . . .

« Quant à mon nom, quand on vous le demandera, dites-le, j'assume la responsabilité de ce que j'écris, car c'est l'exacte vérité.

« Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma respectueuse considération. »

X...

Cette lettre n'a besoin d'aucun commentaire.

Nous la faisons suivre d'un résumé de la déposition que fit un dentiste de province, le dimanche 18 octobre 1885, chez l'un de nos confrères et en présence de trois dentistes, dont l'auteur de cet article.

« Ce confrère nous confirma tous les faits que nous avons cités ; il nous répéta non seulement ce qu'on lui avait rapporté, mais ce qu'il avait vu. En effet, la veille au matin, le 17 octobre 1885, il s'était rendu à la rue de l'Abbaye, et avait assisté à l'entrevue qui eut lieu entre M. Brasseur et M. X. et entendu les propositions qui lui étaient faites pour l'obtention du diplôme. Il entendit notamment que dans l'épreuve pratique il y aurait une aurification, mais qu'elle serait facile, à son choix, etc., etc. »

Enfin voici une autre lettre qui relate un fait ayant quelque corrélation avec celui dont nous nous occupons.

Il vient heureusement continuer la série.

Lettre de M. R. Chauvin

à Monsieur le Secrétaire général de l'Ecole Dentaire de Paris,

« Mon cher Godon,

« L'article de l'*Odontologie* : Un Scandale, signale un fait que je n'ai pas à qualifier de nouveau, il demande une enquête, tous les honnêtes gens la réclament.

« J'estime qu'elle doit non seulement porter sur le fait principal, mais aussi sur tous les agissements qui tendent à déconsidérer les écoles dentaires françaises.

« Voici un autre fait connu de moi personnellement.

« M. H..., dentiste à Paris, vint me demander si, au cas où il voudrait entrer à l'Ecole Dentaire de Paris, il pourrait être admis en troisième année, malgré la suppression des dispositions transitoires. Il me fit valoir : qu'à l'Ecole Dentaire de France on serait très heureux de l'accepter, qu'on l'avait déjà engagé vivement à y entrer, que cette école était dans son voisinage, et que s'il préférait la nôtre, c'était pour son enseignement ; le diplôme en lui-même lui importait peu. Pourtant, me dit-il, si je devais faire deux années de scolarité, malgré mes préférences, j'irais rue de l'Abbaye. Je lui répondis que comme il était vieux mécanicien, vieux dentiste, il lui serait facile de subir les examens pratiques de fin d'année, de les passer brillamment même et de commencer par la troisième année comme il le désirait ; il pourrait donc travailler de suite au traitement des dents difficiles et à l'aurification. Ceci se passait vers la fin de septembre dernier.

« Je m'attendais donc à ce qu'il se préparât à l'examen de deuxième année, et à le voir travailler au moins pendant une scolarité théoriquement et pratiquement. Je ne veux pas diminuer la valeur de notre confrère ; mais enfin, il lui aurait été profitable, comme à tous les dentistes de notre génération, d'étudier ce qu'on n'enseignait pas à l'époque où il s'est formé. C'était, du reste, absolument son avis.

« Aussi quel ne fut pas mon étonnement quand je vis, quelques semaines après, en octobre, M. H..., être consacré diplômé de l'Ecole Dentaire de France. Cela, sans inscription, sans scolarité, partant sans études.

« Je pense aussi que nous ne pouvons laisser s'introniser de telles pratiques sans protester, sans repousser une solidarité compromettante, pour l'honneur de nos écoles, pour le succès de l'œuvre de régénération à laquelle nous travaillons.

« Recevez, etc., etc.

« Richard Chauvin. »

Nous pourrions ajouter à cette liste le nom d'un dentiste du midi de la France, qui, après s'être inscrit élève à l'Ecole Dentaire de Paris, après avoir été un de ses souscripteurs, vint plusieurs fois pour assister aux examens, les trouvant trop difficiles comme il le

déclara, finit par se présenter rue de l'Abbaye, où il figure depuis sur la liste des diplômés.

Nous nous arrêterons là.

Les documents que nous publions nous paraissent suffisamment éclairer la conscience de nos lecteurs.

L'incident est à tous égards malheureux, regrettable, mais il nous a paru nécessaire de le porter au grand jour plutôt que de le laisser colporter sous le manteau de la cheminée.

La solidarité qui existe malgré tout entre les écoles dentaires françaises nous le commandait autant que l'honneur de notre profession.

Nous avons voulu que l'Art dentaire français, se développant dans une voie autonome, se relevât par l'association professionnelle et l'enseignement spécial, du discrédit dont il était frappé et prît sa place dans la grande famille scientifique.

Depuis sept ans nous nous sommes dévoués à cette œuvre et les sacrifices de temps et d'argent ne nous ont pas coûté.

Aussi, lorsque le succès est assuré, nous ne pouvons pas sans protester admettre que l'on vienne par des pratiques conscientes ou inconscientes, mais d'une correction douteuse, compromettre cette œuvre de rénovation.

CINQUIÈME BANQUET ANNUEL

DES DIPLOMÉS DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le 15 décembre dernier, avait lieu le banquet annuel des diplômés de l'École dentaire de Paris, dans les salons Notta. Nouveaux et anciens D. E. D. P. avaient répondu à l'appel du comité d'organisation, des confrères de province s'étaient imposé les fatigues de longs voyages pour se joindre à leurs collègues parisiens. Ceux qui s'étaient vu empêchés envoyèrent des lettres cordiales, des télégrammes pour s'excuser et rappeler à leurs camarades que, même de loin, on n'oubliait pas l'École dentaire cette éducatrice commune. M. Trallero, lauréat de l'année 1884-85, envoya une charmante lettre où il exprimait sa profonde reconnaissance pour la France toujours hospitalière, pour les dentistes français, ses maîtres, ses camarades.

Nous mentionnerons aussi les lettres de MM. Crouzet, Dr Dupas, Guérin, Lefèvre, Cordelier, etc., etc.

Au dessert, le président d'âge, M. Charlier, donna la parole à M. Dubois, qui s'exprima en ces termes :

Mes chers camarades.

L'initiative de ce banquet émane des diplômés de cette année. Ils ont pensé avec raison qu'il y avait avantage à réunir les D. E. D. P. anciens et nouveaux. Au nom de tous, je les remercie. Nous ne sommes pas seulement des camarades, comme le seront les jeunes dentistes dans l'avenir, des praticiens ayant reçu la même éducation technique, ayant surmonté les mêmes difficultés, abordant la lutte professionnelle munis de titres égaux, mais quelque chose de plus. Un groupe à part au milieu de nos confrères. Oui, dans l'état actuel des choses, tel que nous en avons hérité du passé, nous sommes en France les champions, les défenseurs d'une réforme faite,par et pour les dentistes. Je ne veux pas diminuer ceux qui doivent leur savoir à eux seuls, et qui. péniblement, ont fini par se former à l'aide de l'expérience et de l'étude personnelles; ceux qui sont devenus nos confrères en n'ayant appris que la partie médicale de notre art. Mais enfin, nous pouvons dire que nous sortons de la seule école française ayant une scolarité rigoureusement exigée, la seule ayant un cadre de cours embrassant toutes les branches du savoir professionnel, et ce qui, dans les connaissances générales, lui sert de support. Que nous sommes encore le seul groupe ayant appris méthodiquement notre difficile profession.

Ah ! l'avenir fera mieux; nos successeurs iront plus loin, plus haut; ils connaîtront mieux que nous la science et la pratique du métier.

Nous n'en avons pas moins eu le courage de nous engager les premiers dans une voie non tracée en ce pays, d'avoir inauguré des conditions toutes nouvelles de l'exercice professionnel.

On nous prédisait la chute dès les premiers pas, et depuis six ans, notre nombre s'accroît, l'École prospère, et nous pouvons envisager l'avenir avec confiance, et nous demander non pas si l'institution vivra, — la chose est désormais hors de doute, — mais comment nous la développerons.

Il n'est pas inutile de regarder en arrière et de se demander la raison de ce succès. Pourquoi ? comment ? quelques dentistes, — la plupart n'ayant pas encore un nom, — ont pu fonder une école, la faire vivre, lui assurer l'appui de noms que la France cite avec orgueil, rallier autour d'elle l'immense majorité des dentistes français ?

Simplement, parce qu'ils servaient un but d'intérêt général. Que ce but commande, qu'il a imposé la forme de société qui la soutient, qu'il dicte la conduite de tous ceux qui y participent.

Avec raison, les individus n'immolent pas leurs intérêts particuliers à d'autres intérêts particuliers.

Mais ce que l'on ne fait pas pour quelques-uns, on peut, on doit le faire pour tous; les sacrifices d'amour-propre, d'intérêt

personnel deviennent plus faciles; on s'incline devant la grandeur et le bien communs. Ces sacrifices, combien de fois ne les avons-nous pas faits?

C'est que nous sentions dans l'Ecole la sauvegarde des dentistes français, l'outil du progrès scientifique; plus que cela, l'outil du progrès moral, ainsi que nous le disait M. Brouardel.

Messieurs, l'honnêteté du but impose l'honnêteté des moyens. (Applaudissements.) Le milieu façonne l'être moral comme l'être physique, et le nôtre créé, dirigé par les votes de tous, ne permet pas à l'intérêt personnel de dominer l'intérêt général. Si nous nous étions constitués en groupe fermé, il en aurait été autrement par la fatalité des choses.

Nous ne pourrons rester estimés, grouper autour de nous un plus grand nombre d'adhérents qu'en restant fidèles à l'idée qui nous a donné naissance, au programme qui a assuré nos succès.

Laissons à d'autres les combinaisons financières qu'on fait et qu'on défait tous les six mois. Laissons-les faire concurrence aux confrères en faisant de la prothèse. Laissons-les recueillir nos candidats malheureux et mériter le nom : d'Ecole des Refusés (Applaudissements); cela nous grandit et les diminue.

Nous n'avons pas à ressembler à ces pensions modèles, où le maître donne des prix à tous les élèves, en échange des pains de sucre qu'il reçoit. (Applaudissements.) Que notre caisse souffre un peu de ce rigorisme, tant pis, il n'en sera pas de même des dentistes qui auront l'honneur de voir la signature respectée de nos professeurs au bas de leurs diplômes.

Depuis le début, nous avons agrandi le cadre de nos études et nous ferions bien de le faire encore, quelle que soit la conduite de nos concurrents.

Les limites du domaine de l'art dentaire sont reculées : nous réussissons où nos prédécesseurs ont échoué; mais ce n'est qu'au prix d'études préalables, poussées plus loin, d'un travail plus complexe.

M. Brouardel nous le disait avec raison, et souhaitons de voir les nôtres être de plus en plus à la hauteur de leur rôle difficile, grâce à l'Ecole dont nous sommes issus.

Ce souci du rôle du dentiste n'est pas partagé par tous, à ce qu'il paraît, et, au lieu d'obliger les jeunes au travail, à l'étude, certains leur disent :

— Pourquoi vous donner tant de peines, pourquoi travailler à assouplir votre main, pourquoi enrichir votre esprit par de nouveaux labeurs? Nous avons besoin de créatures, nous avons besoin de combler notre déficit. Soyez notre élève pour quelques jours, et vous serez consacré demain expert en votre art, nous vous dirons digne de la confiance de tous, nous vous l'écrirons sur du parchemin!

Ceux qui ont fait ce calcul n'ont pas compris que leurs facilités, leurs complaisances coupables, se retourneraient contre eux, que cette pratique ne pouvait rester longtemps secrète, que la conscience publique s'en révolterait.

Quant à nous, laissons de côté ces manœuvres; signalons-les à tous, c'est notre droit et notre devoir, mais ne les imitons pas.

Qu'en commençant ses études, le jeune dentiste se convainque que la valeur d'un diplôme est proportionnelle à la difficulté qu'on a pour l'obtenir; que c'est lui rendre un mauvais service que de le laisser s'engager dans la lutte professionnelle sans l'obliger à une étude sérieuse de l'art difficile qu'il va exercer.

Oui, Messieurs, coopérons à ce que l'Ecole dont nous sommes les représentants par le monde soit grande et prospère, et chacun de nous en sera grandi. N'oublions pas que pour une institution libre, la source des bonnes volontés ne peut se tarir, qu'elle aura toujours besoin de nos sacrifices, de nos subsides.

Qu'à ses six années d'existence s'en ajoutent beaucoup d'autres, que cette table devienne trop petite pour nous rassembler et le choc de nos verres n'en sera que plus joyeux. (Applaudissements prolongés.)

Ensuite, M. Godon prononce le discours suivant :

Mes chers amis,

Notre camarade Bugnot qui est venu ce soir à Rouen pour banqueter avec nous, vient d'exprimer le *désideratum* d'un diplômé de province qui serait heureux de voir l'Ecole dentaire, la société-mère, manifester d'une façon plus apparente sa protection à ceux qui sont sortis de son sein, à ses diplômés. Quelle que soit notre opinion sur cette question, ce n'est ni le lieu, ni le moment d'en délibérer; la proposition de notre collègue sera transmise au conseil de direction de la société qui, certainement, prendra une décision au mieux des intérêts de l'Ecole et de ses diplômés.

En attendant, je veux profiter de l'occasion que nous offre cette réunion de famille pour prouver combien la solidarité existe entre l'Ecole et ses diplômés; combien l'Ecole dentaire, par son développement, sa réputation, exerce d'influence pour le succès de ses diplômés et combien même, dans un cas déterminé, elle peut agir d'une façon efficace en faveur de celui de ses anciens élèves qui l'appelle à son aide.

Notre ami F....., qui est venu lui aussi de la province pour assister à notre rénnion, va me permettre de le citer comme exemple.

La scolarité accomplie, ses examens terminés, son diplôme en poche, notre ami F..... alla s'installer à X... Fidèle aux bonnes leçons de philanthropie qu'il avait reçues de l'Ecole dentaire, à l'exemple et aux traditions léguées par ses aînés des années précédentes, sitôt arrivé, il offrit gratuitement ses services au conseil municipal de sa ville pour l'organisation d'un service d'inspection mensuelle dans les écoles communales de X...

Il est inutile de rappeler ici les raisons qui militaient en faveur de cette création. Nous les avons exposées plusieurs fois, et notre

ami Bugnot les a appliquées déjà avec succès à Rouen où il prit l'initiative de la création d'un service semblable.

Aussi la proposition de M. F..... fut-elle tout d'abord très bien accueillie par la majorité du conseil municipal. Une commission d'études fut nommée, et tout semblait marcher à souhait.

Mais, *on ne peut contenter tout le monde et son père*, a dit notre bon fabuliste, et cela se vérifia dans cette circonstance; le rapporteur de la commission, un certain médecin, le Dr Z..., n'était pas content; le jour de la discussion, il fulmina contre la proposition, contre son auteur, et contre l'Ecole dentaire de Paris, dont, paraît-il, il n'avait jamais entendu parler, et qu'il confondait avec ces établissements interlopes qui distribuent des diplômes à prix d'argent.

X... n'est pourtant pas une ville perdue et l'Ecole dentaire a depuis quelques années fait assez de bruit pour qu'on la connaisse; mais enfin, parce que l'on est médecin et conseiller municipal, on n'est pas obligé de tout savoir.

Cependant, quand on ne connaît pas quelque chose, le simple bon sens conseille de n'en pas parler, où tout au moins de n'en pas dire de mal.

Le *Mémorial des D...-S...* ayant, dans le compte rendu de la séance reproduit l'attaque, M. F .... nous envoya des exemplaires en demandant si l'Ecole dentaire ne relèverait pas l'offense publique qui lui était faite.

Comme vous savez, nous n'avons pas l'habitude de nous laisser attaquer sans répondre. Nous avons bec et ongles, et nous savons nous en servir à l'occasion.

Le conseil de direction s'émut de l'incident et me chargea de protester contre une appréciation aussi injuste qu'erronée. Ce que nous fîmes aussitôt de la façon la plus complète. Nous envoyâmes au maire de X..., avec une lettre et une série de brochures; nous l'accablâmes de documents, afin de lui donner tous les renseignements qui lui étaient nécessaires pour lui faire connaître et apprécier l'Ecole dentaire de Paris, et nous le priâmes de communiquer à son collègue le conseiller municipal, insuffisamment renseigné.

Nous devons dire que, de son côté, le *Mémorial des D...-S...* comprenant l'injustice de l'attaque, nous prêta obligeamment le concours de sa publicité en publiant de suite la notice de la sixième circulaire de l'Ecole, afin d'apprendre à ceux qui l'ignoraient ce qu'était l'Ecole dentaire de Paris.

Le résultat ne s'est pas fait attendre. Le maire de la ville de X..., convaincu de l'utilité du service, de l'honorabilité, de la valeur de l'auteur de la proposition, et de la validité de son diplôme, a pris un arrêté pour la création du service en question.

Vous voyez donc combien, par cette collectivité, ce groupement professionnel, l'Ecole dentaire de Paris a eu d'influence pour défendre un de ses membres injustement attaqué, et l'aider à triompher de difficultés qu'il eût eu seul de la peine à surmonter.

Croyez bien, mes chers amis, que l'aide, l'appui, le soutien que cette société est venue apporter à l'un de ses membres, elle est prête tous les jours à l'apporter de nouveau à ceux d'entre eux qui pourront les réclamer.

Mais, Messieurs. il y a réciprocité dans ces services. Si cette association que vous avez constituée, dont vous êtes sortis, est maintenant assez influente pour vous aider, vous protéger, ne pouvez-vous pas, vous aussi, lui rendre ce qu'elle a fait ou fera pour vous, non pas seulement par des sacrifices de temps et d'argent dont nous savons que vous êtes tous prodigues, non pas même par ce dernier don que vous êtes disposé à lui faire à la fin de votre carrière, le legs que, du reste, je souhaite que vous lui fassiez le plus tard possible; mais encore, vous pouvez par vos relations, votre influence, votre clientèle qui, de jour en jour devient plus nombreuse, par suite des bons soins que vous lui donnez, étendre le renom de l'Ecole dentaire; vous pouvez, dis-je, par ces relations, par cette influence, offrir à l'Ecole un appui, un concours, dont elle a profité hier encore pour obtenir, vous savez avec quel succès, les faveurs de la ville de Paris, et qu'elle viendra réclamer demain pour obtenir la reconnaissance comme d'utilité publique.

Je suis sûr qu'alors vous vous souviendrez que c'est à elle que vous devez votre savoir et peut-être votre position sociale, et qu'elle pourra compter sur vous comme vous pouvez compter sur elle.

Aussi c'est avec satisfaction que je bois à la solidarité de l'Ecole dentaire et de ses diplômés. (Applaudissements.)

M. Blocman. — J'ai eu, il y a quelques temps, la preuve de la valeur de notre institution d'une manière bien significative. Le gouvernement belge a eu la pensée d'organiser un enseignement odontotechnique et son délégué vint me demander les détails de notre organisation, afin de s'en inspirer pour établir l'avant-projet qu'on lui demandait de formuler. (Applaudissements.)

M. Bugnot,

Messieurs,

Après les discours que vous venez d'entendre sur les formalités administratives, après les paroles de mon confrère qui fut particulièrement entravé dans la création d'un service identique au mien, je croirais commettre une ingratitude grave si je ne venais vous dire combien l'accueil des autorités de Rouen a été différent.

Le 25 février 1884, je proposai un service dentaire dans un des dispensaires, je l'obtins le 11 mars (de la même année). Le 25 mars, j'obtenais un deuxième dispensaire.

Enfin, au 15 décembre, un arrêté du maire et du préfet me confiait un service d'inspection dentaire dans les écoles primaires, dont un travail (que j'espère avoir l'honneur de vous présenter) démontrait l'utilité.

Je pense, Messieurs, que l'unanimité des suffrages que j'ai

recueilli dans cette campagne, moi inconnu alors, et sans relations, je l'ai dû au diplôme que l'Ecole Dentaire m'a décerné, c'est pourquoi aujourd'hui, parmi vous, heureux de rappeler ces bons souvenirs, je vous prie de vous unir au toast que je porte aux autorités rouennaises et en particulier à M. Ricard, maire de Rouen et député de la Seine-Inférieure. (Applaudissements.)

M. Papot : Messieurs,

Au nom des diplomés de cette année, je tiens à vous dire combien nous sommes heureux de prendre place parmi vous.

C'est avec un bien vif sentiment de gratitude que nous reportons cet honneur à nos dévoués professeurs ; en effet, leurs excellentes leçons nous ont fait obtenir ce diplôme, dont la valeur est déjà si appréciée du corps médical et de la clientèle.

Je bois à l'Ecole Dentaire de Paris, à ses fondateurs et à son corps enseignant.

M. Bonnart se joint à son camarade M. Papot et exprime sa reconnaissance à l'institution de l'Ecole et boit à ses progrès futurs.

Heureux ceux qui peuvent regarder le passé avec satisfaction, l'avenir avec confiance. Chacun des convives emporte le souvenir d'une bonne soirée de plus, le sentiment de cohésion que donnent l'étude et le travail en communs.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PARIS (8e Ch.)

Présidence de M. Mercier

AFFAIRE DUCHESNE.— INSENSIBILISATION A L'AIDE DU PROTOXYDE D'AZOTE ASPHYXIE.— POURSUITE POUR HOMICIDE PAR IMPRUDENCE.— Suite. (1).

A la suite de l'interrogatoire que nous avons publié, la parole fut donnée à M. Duverdy au nom de la partie civile. Nous jugeons inutile de faire connaître sa plaidoirie à nos lecteurs, les intérêts privés dont il était le défenseur n'étant que tout à fait secondaires dans ce débat.

Audience du 13 novembre 1885.

Au début de la séance la parole est donnée à M. l'avocat général dela République Sauvajol, qui donne ses réquisitions en ces termes :

Messieurs, si j'avais voulu obéir uniquement à des impressions d'audience, j'aurais, immédiatementaprèsles conclusions de la partie civile, requis la condamnation de Duchesne aux peines portées par l'article

---

(1) V. Odontologie, novembre 1885, p. 534.

419 du Code pénal. En effet, la preuve de sa culpabilité ressortait éclatante pour moi, de la déposition de l'expert et aussi, dois-je ajouter, des explications du prévenu.

Mais la défense semblait tenir en réserve des arguments décisifs tirés de je ne savais quelles contradictions entre les conclusions du rapport d'expertise et l'opinion formulée à la barre du Tribunal par l'un des rédacteurs du rapport. On semblait également devoir mettre le Tribunal en garde contre la délicatesse du rôle qu'il était appelé à jouer en disant le dernier mot dans une sorte de conflit d'opinion dont l'affaire aurait été l'objet.

Enfin, l'affaire en elle-même présentait une réelle gravité, non seulement parce qu'il y a eu mort d'homme, non seulement parce que votre décision, si elle proclame la responsabilité du prévenu, aura pour conséquence une condamnation sévère prononcée contre un homme d'un passé irréprochable, mais surtout parce que, dans l'affaire, se trouve engagé un principe des plus intéressants pour la sécurité publique.

De votre décision dépend, en effet, le point de savoir si une opération éminemment dangereuse, une opération qui peut entraîner la mort de celui qui s'y est soumis, qui l'a entraînée effectivement, si cette opération continuera à être pratiquée par quiconque prétend s'en faire un auxiliaire de son art ou si elle doit être exclusivement réservée à ceux que leurs connaissances attestées par les diplômes, mettent à même de la pratiquer à la fois avec habileté et avec opportunité.

Dans ces circonstances, je n'ai pas cru devoir m'exposer à être purement et simplement l'écho, peut-être inconscient, de la remarquable plaidoirie qui a été prononcée au nom de la partie civile.

C'est une conviction mûrie par l'étude approfondie de la cause, des constations scientifiques, de l'expertise et des conclusions qui en ont été tirées, que je viens essayer de vous faire partager en vous démontrant que, lorsqu'il a administré à Lejeune l'anesthésie, au cours de laquelle celui-ci a succombé, Duchesne a commis, non seulement une de ces fautes qui, aux termes des articles 1382 et suivants du Code civil, engagent la responsabilité civile de leur auteur, mais une de ces fautes dont le caractère est rigoureusement défini par l'article 319 du Code pénal et qui, par conséquent, placent leur auteur sous le coup d'une condamnation correctionnelle.

Cette conviction n'a pas été celle de tous les magistrats à l'examen desquels le dossier a été soumis.

M. l'avocat de la République rappelle ici les divers incidents de la procédure et déclare qu'il a le droit de n'en retenir qu'une chose : l'approbation donnée par la Cour à la thèse de la prévention, l'espèce de consécration qui s'attache à la décision d'une juridiction supérieure, saisie d'un conflit entre le Parquet et le magistrat instructeur.

Je ne vais pas, ajoute-t-il, jusqu'à prétendre que cette décision crée un préjugé en faveur de la prévention ; mais elle suffit pour que la prévention ne sorte pas affaiblie des diverses phases de la procédure.

Le ministère public aborde ensuite la discussion.

Comme dans toutes les affaires de cette nature, quelle que soit la complexité de leurs détails, la discussion peut être ramenée à deux points essentiels :

Première question : La mort de M. Lejeune est-elle imputable à Duchesne ? — Seconde question : Si Duchesne est l'auteur de cette mort, l'est-il dans des conditions qui impliquent de sa part une infraction à l'article 319 du Code pénal ?

La réponse à la première question se trouve entière dans les circons-

nances du décès de Lejeune et dans les constatations techniques de l'expertise. Voyons d'abord comment est mort M. Lejeune. Le 25 novembre 1884, Lejeune se rend chez Duchesne pour se faire arracher une dent. Il lui demande de lui appliquer un procédé d'insensibilisation auquel une r clame effrénée, des brochures répandues à profusion, des annonces insérées à la quatrième page des journaux et aussi, il est juste de l'ajouter, de nombreux succès ont valu une grande notoriété. Après quelques hésitations dont nous verrons le motif, Duchesne fait ce que désire Lejeune. Celui-ci est anesthésié ; les signes qui, pour Duchesne, sont caractéristiques de l'état d'insensibilité se manifestent et le praticien attaché au cabinet de Duchesne opère le client. Mais M Lejeune ne se réveille plus du sommeil dans lequel on l'a plongé et bientôt Duchesne d'abord, puis le docteur Rivet qu'il a appelé à son secours, sont forcés de s'avouer qu'ils n'ont plus devant eux qu'un cadavre. Voilà les faits dans leur tragique simplicité.

Quelle est l'impression, la conviction qui s'en dégage *a priori* et avant toute enquête scientifique ? C'est que Lejeune, étant mort en état d'anesthésie, est mort de cette anesthésie. L'esprit se refuse à croire à une simple coïncidence...

Est-il présumable que M. Lejeune soit arrivé dans le cabinet de Duchesne, atteint d'une maladie mortelle, qui devait avoir son dénouement juste à cette heure, et qui l'aurait eu quand même le malade n'aurait pas été soumis aux inhalations de protoxyde d'azote? Car la question se pose ainsi. Il ne s'agit pas, pour la défense, de démontrer que Lejeune était anesthésié, elle ne ferait, nous le verrons, qu'aggraver les charges qui pèsent sur son client. Elle ne peut détruire la demonstration de l'expertise qu'en démontrant à son tour que la mort est le résultat d'une lésion préexistante à l'anesthésie, ou du moins qui s'est produite au moment de l'anesthésie et sans que celle-ci y fût pour rien.

Toutefois cette concomitance, si invraisemblable qu'elle fût, pouvait être la réalité.

Deux savants experts, MM. les professeurs Brouardel et Pouchet, sont donc chargés de vérifier scientifiquement les causes du décès.

L'autopsie ne révèle aucune trace d'une maladie ancienne qui se se serait dénouée brusquement et fortuitement dans le cabinet de Duchesne, aucune des lésions caractéristiques d'une mort subite mais naturelle, telle que le serait une mort par apoplexie, rupture d'anévrisme ou embolie.

Voilà déjà une présomption obtenue par voie d'éliminationet fournie par la science, que la victime a succombé à l'anesthésie, et cette présomption trouve un commencement de confirmation dans un fait qui a son importance. A défaut de lésion proprement dite, le corps présente un piqueté rouge qu'on trouve constamment sur le corps des asphysiés et que certaines autorités médico-légales considèrent comme caractéristique de la mort par asphyxie.

Cependant, tel n'est pas l'avis des experts. Ils considèrent cette circonstance comme une simple indication qui n'acquiert une valeur scientifique que lorsqu'elle a été contrôlée par l'examen du sang et l'analyse des gaz qu'il renferme Le ministère public passe rapidement sur les détails techniques de ces opérations, et arrive au résultat qui est formulé par le rapport, en ces termes :

» La présence du protoxyde d'azote en notable quantité dans le gaz extrait du sang de Lejeune est absolument certaine. »

Ainsi, Lejeune a succombé pendant l'anesthésie ou immédiatement après, il a succombé sans qu'à l'autopsie on trouve d'autre indication

sur la cause de la mort qu'une altération des tissus à peu près constante dans la mort par asphyxie. Son sang renferme en notable quantité un gaz asphyxiant qui n'a pu être rejeté avant la mort. Quelle conclusion faut-il tirer de ces constatations ? Nécessairement celle qui forme la réponse à la première des questions posées aux experts : « On doit considérer l'anesthésie comme ayant déterminé la mort. »

Cette conclusion si logique est cependant discutée par la défense. Pourquoi ? Parce qu'à une question qui lui était posée, M. le professeur Brouardel a déclaré que la présence du gaz dans le sang de Lejeune n'était pas une preuve absolue que la mort était due à l'inhalation de ce gaz. On le voit, loin de tourner l'objection, nous l'abordons de front. C'est que nous ne voulons dans cette affaire ni équivoque, ni obscurité. Prendre des faits de la cause ce qui est favorable à la thèse qu'on soutient et jeter par-dessus bord ce qui la gêne, est une ressource que légitiment, que commandent même parfois les nécessités de la défense, mais que ne saurait excuser l'intérêt de la prévention. Prenons donc la phrase de M. Brouardel, telle quelle, et demandons-nous quels en sont le sens et la portée. L'avocat de la République démontre qu'elle n'a été prononcée que parce qu'on a mis l'expert en demeure d'apprécier le résultat de l'analyse du sang isolément du résultat de l'autopsie. Mais qu'on laisse les experts rapprocher l'une de l'autre leurs diverses constations et la certitude s'impose à eux, comme elle s'impose au Tribunal, que la mort de Lejeune a été causée par l'anesthésie, c'est-à-dire par le fait de Duchesne.

Il reste à examiner si ce fait constitue une faute qui engage la responsabilité pénale de son auteur.

Trois des hypothèses prévues par l'article 319 du Code pénal doivent être écartées. Mais Duchesne a commis à la fois une imprudence et une violation de règlements positifs.

Il y a imprudence, d'abord à cause de la nature du gaz employé et du caractère de son action. Sans entrer dans le détail des renseignements techniques que contient l'expertise, l'organe du minisière public rappelle l'opinion de divers savants, de laquelle il semble résulter que les individus qui ont été soumis à l'anesthésie par le protoxyde d'azote, peuvent se considérer comme ayant échappé à un immense danger. Il montre ensuite Duchesne agissant comme une foule d'anesthésistes téméraires dépeints par le docteur Aubeau, professeur à l'Ecole libre d'art dentaire. Au cours des expériences faites dans le cabinet du prévenu, tandis que celui-ci ne voyait dans la cyanose qui envahissait le sujet que l'indication du moment favorable pour arracher une dent, l'homme de l'art qui y voyait les symptômes de l'asphyxie, se demandait anxieusement si le fil fragile qui retenait encore le patient à la vie n'allait pas se briser. Le prévenu lui-même ne nous a-t-il pas tous fait partager cette angoisse en nous décrivant sa vaine attente du retour de Lejeune à la vie ? Voilà cependant le danger avec lequel Duchesne se familiarisait au point de considérer comme un incident sans gravité la syncope de laquelle M. Lejeune a glissé dans la mort, et de n'envoyer chercher un médecin qu'après qu'il a eu senti le dernier battement du pouls.

Quant à l'opinion qui proclame l'innocuité du protoxyde d'azote, il suffit, pour la réduire à sa juste valeur, de remarquer que ceux qui la professent comme M. Paul Bert, n'osent pas employer ce gaz à l'état de pureté, ainsi que le fait Duchesne, et qu'ils le mélangent d'air comprimé, afin d'entretenir l'hématose.

Au surplus, la funèbre nomenclature que les experts ont dressée, d'après des documents incontestables, des personnes qui ont succombé

à l'anesthésie par le protoxyde d'azote démontre la difficulté qu'il y a à déterminer et à reconnaître la limite qui sépare l'asphyxie poussée jusqu'à l'insensibilité de l'asphyxie irrémédiable et mortelle, difficulté d'autant plus grande que cette limite n'est pas fixe, qu'elle varie avec la constitution de chaque anesthésié, avec son état et qu'elle est dépassée dès les premières inhalations pour l'anesthésié atteint d'une maladie des voies respiratoires, d'une affection cardiaque ou d'une lésion des reins.

Or, toutes ces lésions, qui sont des contre-indications absolues à l'anesthésie, ne peuvent être reconnues que par un homme de l'art. Ne possédant aucune instruction pathologique, livré à ses seules lumières d'empirique, Duchesne aggravait par son ignorance les dangers inhérents à une opération qui consiste, en effet, à dire à l'asphyxie, à la mort : « Tu iras jusque-là, tu n'iras pas plus loin. »

D'ailleurs, même quand il reconnaissait l'existence d'une lésion constituant une contre-indication absolue, il n'en soumettait pas moins le client à l'inhalation du protoxyde d'azote.

Ainsi, il déclare dans une de ses brochures, avoir anesthésié par deux fois un phtisique très avancé. C'était faire courir au malade un danger mortel.

Enfin, bien qu'il ait été frappé de l'obésité de la victime, et bien que cette particularité de la constitution de Lejeune fît présumer la dégénérescence adipeuse du cœur qu'ont constatée les experts à l'autopsie, il n'a pas craint d'anesthésier Lejeune, dont il a, en conséquence, causé la mort par son imprudence coupable.

Mais cet homicide involontaire est encore un délit à un autre point de vue. Il a été, en effet, commis à la faveur d'une inobservation des règlements sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie.

Ici, l'organe du ministère public, se séparant de la partie civile, démontre que Duchesne, n'étant pas officier de santé, a commis une infraction non à l'article 29, mais à l'article 45 de la loi du 19 ventôse an XI.

Si Duchesne n'est pas poursuivi pour cette infraction en même temps que pour homicide involontaire, c'est que l'exercice illégal de la chirurgie sans usurpation d'un titre n'étant puni que d'une peine de simple police, constitue une contravention, et qu'une contravention ne peut faire l'objet d'une qualification distincte quand elle a été la cause même, le principe générateur d'un délit.

Duchesne, en résumé, doit être condamné pour avoir causé la mort de Lejeune, à la fois par son imprudence et pour avoir méconnu les prescriptions de la loi de ventôse.

Dans quelle mesure convient-il de faire au prévenu application de la loi pénale ? Est-ce par une simple amende qui, quel que soit son chiffre, sera insignifiante par rapport aux dommages-intérêts, et qui, dans l'opinion publique, se confondra peut-être avec cette indemnité ?

L'avocat de la République ne le pense pas. Il n'y a pas lieu d'infliger au prévenu une peine légère à titre d'avertissement, destiné à l'éclairer sur l'étendue de ses obligations et de lui tracer la limite de ses droits; s'il a exercé sa compétence et méconnu les lois de la prudence, c'est sciemment et volontairement. La tentative qu'il a faite de concert avec le docteur Rivet, pour tromper la justice, prouve qu'il avait pleinement conscience de l'irrégularité de ses procédés.

D'autre part, si l'avis des experts sur la catégorie des opérations chirurgicales, dans laquelle il convient de ranger l'anesthésie, a été négligé tant qu'il ne s'agissait que de déterminer la base légale de l'infraction, parce qu'il suffisait que l'opération constituât un acte d'exercice de la

chirurgie, cet avis reprend sa valeur et son autorité dès qu'il s'agit de mesurer le degré de culpabilité du prévenu. L'avocat de la République développe l'argument *à fortiori* qu'on peut tirer contre Duchesne de ce que, dépourvu de tout diplôme, de tout brevet, il pratique cependant une opération interdite même à un officier de santé.

A cette aggravation de culpabilité doit correspondre une aggravation de la pénalité.

Pendant de longues années, Duchesne, dans un but qu'il qualifie d'humanitaire, mais qui, en réalité est purement industriel, a joué avec la vie de milliers de personnes. Cette insonciance, cet oubli de toute prudence, cette violation constante de lois tutélaires devaient fatalement amener une catastrophe. Elle s'est produite. Il vous appartient d'en châtier suffisamment l'auteur, et aussi d'inspirer, par la sévérité de l'exemple, un salutaire effroi aux émules de Duchesne qui seraient tentés d'imiter son mépris de règles intéressant au plus haut point la sécurité publique.

Vous l'avez certainement compris et il est inutile que je fasse un plus long appel à votre fermeté.

Me Comby, défenseur du prévenu, commence sa plaidoirie, qui est interrompue par une courte suspension d'audience.

A la reprise de l'audience, M. le président, en raison de la multiplicité des affaires portées au rôle de ce jour, renvoie la cause à huitaine.

(*A suivre.*)

ASSOCIATION GENERALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

(*Extraits des procès-verbaux du Conseil de Direction*)

Séance du 27 août 1885

Présidence de M. Poinsot

A la suite d'une réclamation présentée par MM. Poinsot et Gardenat au sujet des conséquences qu'a l'indemnité payée à la Clinique par les malades pour les aurifications, il est décidé, après discussion, que l'administration devra envoyer des bons bleus, aux dentistes, membres de la Société, aux médecins, aux maires et aux bureaux de bienfaisance afin de soigner autant que possible des malades véritablement dignes d'intérêt. Une commission composée de MM. Gardenat, Poinsot et Ronnet est nommée pour étudier les moyens de rendre à la Clinique toutes les opérations absolument gratuites.

Le Conseil de direction, décide, à la suite d'une observation de MM. Poinsot et Viau, que les professeurs qui donneront des leçons particulières à quelques elèves de l'Ecole, ne devront pas à l'époque des examens, être examinateurs.

Un crédit de 500 fr. est voté pour l'organisation de la bibliothèque.

Il est également accordé un crédit pour l'installation du cours de prothèse.

La 6e brochure annuelle est adoptée avec ses modifications, notamment celles concernant la composition du service médical et pharmaceutique de la Caisse de Prévoyance et l'augmentation des droits d'inscriptions des élèves qui sont portés à 300 fr. pour la première année et à 400 fr. pour chacune des deux autres (ceci pour les élèves s'inscrivant après le 1er août).

MM. Eilertsen, Quiroga, Sintès et Bastien sont admis comme membres sociétaires de l'*Association générale.*

Le secrétaire communique une lettre du président du conseil municipal relative à la subvention accordée à l'Ecole ainsi qu'une lettre de la Préfecture de la Seine relative aux bourses à l'Ecole dentaire.

Séance du 10 septembre 1885

Présidence de M. Poinsot

MM. Vacher de Paris, Mayol de Parana (République Argentine), Audouard, sont admis comme membres sociétaires de l'*Associatinn Générale.*

Admissions d'élèves. — La méthode d'aurification du D Herbst de Brême ayant été essayée avec succès par divers membres de l'Association, le Conseil de direction décide qu'elle doit être enseignée à l'Ecole à partir de la prochaiue année scolaire.

En conséquence, il est décidé qu'un délégué de l'Ecole sera envoyé à Brème, près de M. Herbst pour qu'il lui enseigne sa méthode.

M. Heidé, professeur adjoint de dentisterie opératoire est désigné par le conseil pour cette mission.

La 6e brochure annuelle est définitivement adoptée.

Le programme du cours de prothèse présenté par M. Godon, est adopté.

Sont nommés démonstrateurs de prothèse :

MM. Debray, M. Dugit, F. Gardenat, F. Jean et Pigis.

La séance d'inauguration de l'Ecole est fixée au vendredi 31 octobre.

Le Conseil décide que la présidence de cette cérémonie sera offerte à M. le professeur Brouardel.

Une commission de cinq membres composée de MM. Dubois, Godon, Poinsot, Ronnet et Viau, est chargé de l'organisation de cette cérémonie. Le secrétaire-comptable est nommé surveillant à l'Ecole et chargé du service d'entrée et de sortie des malades à la Clinique, et en l'absence des professeurs de la surveillance des élèves.

Séance du mardi 20 octobre 1885

Présidence de M. Poinsot

Admissions d'élèves.

M. Hugo Swaycarsky, de Troyes, M. Fedman de Haguenau (Alsace), M. Fothier, de Vichy, M. Trallero, de Cette, M. Trallero, de Paris, M. Sablayrolles, de Nantes, M. Deschaud, de Paris, sont admis comme membres sociétaires de l'Association générale.

M. Pigis adresse une souscription de cent francs pour l'Ecole de M. Bréard, dentiste de province. M. Bréard est nommé membre honoraire de l'Association.

Diverses plaintes sur des membres de l'Association qui abusent de

leur titre de bienfaiteur de l'Ecole ou font dans les journaux des réclames blâmables, sont renvoyées au conseil de famille.

Le rapporteur de la commission d'inauguration informe le conseil que M. Brouardel accepte la présidence qui lui a été offerte et qu'il sera assisté du président du conseil municipal de Paris. M. le Dr Gérard a accepté de faire, au nom du corps enseignant, la conférence habituelle; le maire de l'arrondissement a offert pour la cérémonie la Salle des fêtes de la mairie.

MM. Cornelsen, Heymen-Billard et E. Lecaudey offrent chacun un prix comme ils l'ont fait les années précédentes. Diverses mesures concernant les invitations, les prix et l'ordre de la cérémonie sont adoptées.

Le président donne lecture du rapport de M. Heidé, délégué à Brême.

M. Heidé constate la manière affable dont il a été reçu par M. Herbst qui, pendant les huit jours qu'il est resté à Brême, s'est mis à sa disposition pour lui montrer sa méthode d'aurification dans tous ses détails, ainsi que divers procédés d'opération des plus ingénieux qui lui étaient personnels; il annonce qu'il fera une communication publique à la Société d'Odontologie et se met à la disposition du conseil pour démontrer à l'Ecole sa nouvelle méthode.

Le conseil de direction remercie M. Herbst de l'accueil fait à son délégué et le nomme membre honoraire de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris.

Des remerciements sont votés à M. Heidé.

Il est décidé qu'à partir du 1er novembre des démonstrations pratiques d'aurification, par la méthode rotative du Dr Herbst, auront lieu à l'Ecole tous les mardis matin, de 9 heures à 11 heures, pour les élèves de l'Ecole ; les membres de l'Association pourront y assister.

M. Chauvin donne lecture, au nom de la commission spéciale, du rapport des examens de la session d'octobre. Les conclusions du rapporteur de la commission sont adoptées.

En conséquence,

MM. Bertin, Billaudel, Cossas, V. Houbriet et Mlle Weicenblut sont admis à suivre le cours de deuxième année.

MM. E. Bertaux, G. Cherbetian, Gélinier, Jactel, Klein, Mauran, Rousseau sont admis à suivre le cours de troisième année.

MM. Sauve et Sicard sont, sur le rapport des professeurs, MM. Poinsot et Levett, et conformément à la décision du conseil, admis à suivre le cours de troisième année.

MM. Bonnard, Cazeaux, Gillard, Sablayrolles, Schwartz, Barrié, Breyer, Mme Chauvin, E. Lefèvre, Papot, sont admis à l'obtention du diplôme.

Le secrétaire donne lecture du rapport du bibliothécaire, M. le Dr Thomas, sur l'organisation de la bibliothèque, ainsi que du règlement qu'il propose pour en assurer le fonctionnement.

Le conseil vote le règlement ainsi que l'impression du catalogue et de l'intéressant rapport du Dr Thomas, auquel il adresse ses félicitations et ses remerciements.

Le catalogue sera envoyé à tous les membres de l'Association.

Diverses mesures administratives sont prises et divers crédits votés.

BIBLIOGRAPHIE

Le travail en France, Monographies professionnelles,par J. Barberet, chef de bureau des Sociétés professionnelles au ministère de l'intérieur (T. I. Berger-Levrault, Paris 1886).

Le mouvement professionnel que la Révolution française avait tranformé, que les monarchies successives avaient entravé, a repris depuis quinze ans une activité toute nouvelle. M. Barberet, qui en a suivi les phases dans la presse et dans l'administration à la tête de laquelle il est placé, a voulu en écrire les annales pour chaque profession.

C'est là un travail considérable conçu avec une méthode claire et précise.

L'art dentaire y occupe une place importante; un exposé historique emprunté à la conférence de notre éminent collaborateur le Dr Thomas, un résumé des tentatives de réglementation, des faits qui ont donné naissance à la création de l'Ecole dentaire de Paris; une étude sur son but, son fonctionnement, ses résultats, forment le fond de l'excellente monographie qui nous concerne.

Nous sommes heureux du témoignage de M. Barberet.

Au point de vue documentaire historique et anecdotique ce volume mérite certainement l'attention de quiconque suit le mouvement des idées et des intérêts à notre époque. Nous félicitons l'auteur d'avoir entrepris un travail d'aussi grande envergure et de l'avoir exécuté en laissant aux faits la première place.

A Standard reference List of books on Dentistry published throughout the vorld from 1536 to 1885. Arranged chronologically and supplemented with a complete cross-reference to authors. Compiled by. C. Geo. Crowley. 180 pages. Philadelphia. The S. S. White Dental Mannfg Co 1885, Prix cartonné : Dallars : 2.

Une bibliographie odontologique internationale complète est une œuvre considérable et il est honorable de s'y essayer, d'en rassembler les éléments dispersés sous la poussière des bibliothèques et des revues. Les chercheurs seront puissamment aidés par la nomenclature que nous donne M. Crowley. Il était difficile de remplir ce cadre immense et nous n'étonnerons personne en disant qu'il renferme des lacunes assez nombreuses. Quoiqu'il en soit, le mérite de ce premier essai n'est pas discutable et nous souhaitons que pour chaque langue on fasse connaître l'universalité des travaux publiés et notamment pour la nôtre, on verra alors la part considérable de la France, dans l'édification de la science odontologique.

Le catalogue contient 2,047 titres imprimés dans les langues dans lesquelles les livres avaient été publiés et arrangés en ordre, chronologique. L'ouvrage est divisé en cinq parties :

Ire partie : livres publiés en Allemagne, Autriche, Hollande, Norvège, Suède, Danemark et Suisse allemande ;

IIe partie : livres publiés en France, Belgique et Suisse française ;

IIIe partie : livres publiés en Espagne et en Italie ;

IVe partie : livres publiés en Angleterre et en Irlande ;

Ve partie : livres publiés en Amérique.

La table des auteurs, en ordre Alphabétique, refère à tous les volumes du catalogue.

Un exemplaire de ce livre devrait se trouver dans la bibliothèque de tous les membres de la profession qui voudront se rendre familiers avec la littérature de leur spécialité.

NOUVELLES

Dans le *Journal officiel* du 1er janvier 1886 nous relevons avec plaisir, parmi les nominations au titre d'officier d'académie, le nom de nos sympathiques confrères et amis, MM. G. Viau et Wiesner.

Le ministre de l'instruction publique a prouvé, en cette circonstance, combien le gouvernement appréciait le but poursuivi depuis 1879 par l'*Association générale des dentistes de France* et l'*Ecole dentaire* de Paris, en accordant à l'un de ses vice-présidents, à l'un de ses professeurs, cette marque de distinction.

L'honneur en rejaillit sur notre groupe tout entier.

Trois professeurs de l'Ecole, MM. David, Girard et Thomas, ont déjà obtenu cette récompense. MM. Wiesner et G. Viau viennent heureusement augmenter cette liste.

Qu'ils nous permettent de leur adresser nos plus sincères félicitations.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort d'un des premiers souscripteurs de l'Ecole Dentaire de Paris, M. E. L'Hôte, qui, quoique étranger à la profession, avait voulu témoigner de sa sympathie à l'œuvre que nous servons ,par une souscription annuelle. Que les siens reçoivent l'expression de nos sympathies.

Un concours pour trois postes de professeurs suppléants à l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le Dimanche 18 Avril 1886 et jours suivants.

Un concours pour trois postes de chefs de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le Dimanche 30 Avril 1886. Nous publierons les conditions de ces concours au N° de Janvier 1886.

Notre éminent confrère, M. le Dr Magitot, vient d'être nommé vice-président de la Société d'anthropologie pour l'année 1886.

Un projet de revision de la loi sur les syndicats professionnels, qui est de nature à donner satisfattion aux médecins, a été déposé sur le bureau de la Chambre par M. Lyonnais, député de la Seine-Inférieure. On sait qu'il s'agit de la faculté pour les professions libérales de se constituer en syndicats.

VOL. 6. **Paris, Février 1886.** N° 2

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR FÉVRIER 1886

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COURS DE PATHOLOGIE DU SYSTÈME DENTAIRE

Professeur, M. le Dr Th. DAVID

Leçons sur la Carie dentaire

Messieurs,

La carie dentaire occupe la première place dans le programme que j'ai à vous développer. Nous consacrons, dans la pratique, tant de temps à en combattre à en réparer les effets, qu'on pourrait à la rigueur la considérer comme constituant à elle seule toute la pathologie dentaire. En réalité aucune affection n'est aussi importante à connaître pour nous.

IMPORTANCE. — C'est en effet celle qui se présente le plus fréquemment au dentiste et même au médecin. Je dis toujours aux étudiants en médecine, aux jeunes docteurs qui viennent avant de quitter leurs études me demander quelques conseils, quelques leçons : « Méfiez-vous, armez-vous ; la première opération que vous aurez à pratiquer sera très probablement l'extraction d'une dent cariée, et vous n'aurez même pas acheté un davier. » Mes

prévisions se sont souvent réalisées. On ne rencontre plus guère en effet de bouche qui soit indemne de cette affection, dont les ravages se sont incontestablement accrus avec les progrès de notre civilisation et qui, abandonnée à elle-même, entraîne inévitablement la destruction des dents atteintes.

Son étude nous intéresse donc hautement à plusieurs points de vue : d'abord à cause de cette grande fréquence, puis de sa gravité, qui nécessite de notre part des soins assidus, intelligents et variés.

Elle nous intéresse encore par la série de complications auxquelles la carie présente comme une porte d'entrée. Vous verrez par quelle filiation on peut rattacher à la carie les affections périostales, diverses lésions qui surviennent sur les mâchoires ou dans le voisinage, dans les organes des sens siégeant à la face, œil, oreille, etc.

Enfin un dernier point de vue auquel il nous importe de connaître la carie, c'est celui de sa nature. Quelle place occupe-t-elle dans le cadre nosologique? Quelle idée s'en est-on faite dans les temps passés?

Comment est-elle aujourd'hui interprétée par la pathologie contemporaine tant bouleversée par les nouvelles théories microbiennes?

TERMINOLOGIE. — Certains auteurs ont beaucoup cherché, mais en vain, à découvrir l'origine de cette dénomination. Ce point de *Terminologie* ne comportait assurément par les recherches auxquelles il a donné lieu.

Le terme *carie* a été introduit dans le langage médical par les auteurs anciens qui l'appliquaient aux diverses lésions spontanées des os.

Il faut arriver au milieu du XVIIIe siècle pour en voir restreindre et préciser le sens, au moment où Louis créa le mot *nécrose* pour désigner la mortification du tissu osseux. A partir de cette époque, en effet, et conformément d'ailleurs aux idées de Galien et de Celse, on n'a plus considéré la carie que comme l'ulcération du tissu osseux.

Or, il n'y a pas beaucoup plus d'un siècle que l'analogie de la dent et de l'os, infirmée aujourd'hui, était encore classique.

La dent n'était point considérée anatomiquement comme distincte des os. Le même terme pouvait donc être appliqué à une même lésion de ces organes. La carie des dents était en effet considérée comme une affection semblable à celle des os; de même que le tisu osseux, l'ivoire était jugé susceptible de s'enflammer, de suppurer et de se transformer en une ulcération qui envahissait la substance de proche en proche.

Telle est l'origine du mot *carie dentaire*. Si impropre qu'il soit, ce terme est aujourd'hui accepté, et ne saurait d'ailleurs être remplacé par un meilleur, alors même que la nature de la lésion serait parfaitement établie.

DÉFINITION. — La carie dentaire est une ALTÉRATION *spéciale* des tissus durs de la dent, consistant dans une destruction progressive, sous forme d'ulcération des parties atteintes.

HISTORIQUE (1). — La carie se retrouve aux premières époques de l'histoire humaine. Les auteurs les plus anciens en ont parlé. Des crânes, appartenant à des époques préhistoriques, ont été trouvés avec des dents cariées, en petit nombre il est vrai.

Les TRADITIONS HÉBRAIQUES ET ÉGYPTIENNES mentionnent avec précision la maladie, ainsi que les divers moyens employés pour calmer les douleurs qu'elle provoque. Aux époques qui leur correspondent on pratiquait avec un fer rouge la cautérisation à la tempe (2), à l'oreille, moyens qui sont encore indiqués dans certains traités contemporains de médecine populaire. D'ailleurs, ne retrouve-t-on pas tous les jours des crânes de cette époque avec des dents obturées?

Les GRECS pratiquaient aussi comme moyen dérivatif de la douleur, la cautérisation sur des points éloignés. Ils paraissent toutefois avoir possédé des données plus précises sur le traitement de la carie, à en juger par le passage suivant d'Hippocrate : « Quant aux douleurs causées par les dents, si la dent est cariée et branlante, il faut l'ôter; si, sans être cariée ni branlante, elle excite cependant de la douleur, il faut la dessécher en la brûlant; les masticatoires servent aussi dans le mêmebut (3). » Cicéron indique, le troisième Esculape, fils d'Alcippe et d'Arsinoe, comme l'inventeur d'une *pince* de plomb pour arracher les dents.

D'après les LIVRES HIPPOCRATIQUES, la carie survient aux dents parce qu'elles sont rongées par le phlegme accumulé sous les racines ou par les débris alimentaires; elle frappe de préférence les plus faibles, les moins adhérentes.

GALIEN fait de la carie un processus analogue à l'ulcération de la peau et que produirait quelque humeur viciée. Il admet aussi des causes externes : le froid, l'influence du lait qui, « l'estomac digérant mal, devient acide (4) », l'influence des mures vertes.

Les caustiques légers introduits dans la cavité de la carie suffisent presque toujours à amener l'exfoliation de la dent et la rendre indolente. Pour en atténuer simplement la douleur il conseille de tamponner la cavité avec des préparations de jusquiame. Dans les cas où l'application à la surface n'atteint pas le but, il faut, dit-il, *perforer avec un trépan très fin et introduire le médicament dans l'orifice artificiel créé de la sorte* (5). Outre l'emploi sur les dents cariées de mixtures destinées à calmer la douleur, Galien recommande l'usage de dentrifices divers.

---

(1) Duval : Recherches historiques sur l'art du dentiste chez les Anciens. Paris 1808. Thomas : L'Odontologie dans l'Antiquité. *L'Odontologie* 1885 p. 371, 433, 526.
(2) Prosper Alpir. De medecina Egyptiorum, lib. 3, chap. 12.
(3) Des affections. Ed. Littré, t. V, p. 211.
(4) De la vertu des Aliments. Ed. Kuhn, t. VI, p. 689.
(5) Des médicaments suivant les lieux, livre V., chap. IV et suiv. édit. Kuhn, p. 848 et suiv.

Chez les Romains, Scribonius, Cicéron, Celse, etc... préconisent divers cosmétiques et mixtures pour calmer la douleur de la Carie.

A la même époque, 1582, parut le premier livre français écrit sur les dents. HÉMARD y parle de la carie en tels termes, qu'il semble avoir entrevu la pulpite, contre laquelle il conseille l'extraction ou le déchappellement « pour donner transpiration à la corruption qui est dans la dent. »

MARTIN, 1679, parle des troubles que la carie des dents de lait peut entraîner sur les dents permanentes. Il considère la carie comme une corruption déterminée par l'ordure qui environne les dents.

J. L. PETIT, en 1705, a consacré dans la 1re édition de son *Traité des maladies des os*, un chapitre aux maladies des dents et à la carie qu'il attribue à des causes internes et à des causes externes.

L'étude de cette altération ne devait entrer dans une nouvelle phase qu'après la distinction de la dent et de l'os établie par Duverney et Lahire (1683, 1699.)

A partir de ce moment, en effet, et grâce aux secours ultérieurs du microscope on put du même coup constituer à la dent son individualité pathologique et anatomique.

Les maladies des dents distinguées de celles des os, devinrent l'objet d'études spéciales. J. L. Petit, qui les avait décrites dans sa 1re édition (1705), alors qu'il considérait les dents comme des os, les supprima dans la seconde en 1724. On peut donc se croire autorisé à placer vers 1720 l'époque de la distinction pathologique des tissus dentaire et osseux.

C'est alors que FAUCHARD composa son ouvrage sur l'art dentaire dont la 1re édition parut en 1728, et qui contient une assez bonne description de la carie. Mais l'étiologie n'y est pas encore bien étudiée. Dans Fauchard, comme dans Bourdet, son copiste, la dent n'est pas encore nettement distinguée des os. Néanmoins les différences de structure n'étaient pas absolument ignorées et nous les verrons invoquées pour l'explication des causes déterminantes de la carie.

Le XVIIIe siècle, qui nous fournit tant d'ouvrages spéciaux sur les dents, nous a laissé de nombreux documents à ce point de vue. Dès lors la carie dentaire commença à susciter au point de vue de sa nature et de sa pathogénie, des discussions qui durent encore et dont on ne peut prévoir actuellement la fin.

Nous nous contenterons, dans l'examen que nous en faire, de vous en présenter un exposé analytique.

NATURE. — Voici le tableau de toutes les théories émises au sujet de la nature de la carie :

1° Théorie inflammatoire.
2° — Vitale.
3° — Chimico-vitale.

4° Théorie chimique.
5° — électrique.
6° — parasitaire.

Vers l'an 30 de notre ère, Scribonius écrivait : lorsqu'une partie de dent est gâtée, je conseille de la réséquer avec le ciseau (*scalprum medicinale*); l'opération n'est pas douloureuse et la portion restante pourra rendre les mêmes services que la totalité.

Celse dit que pour ne pas briser une dent cariée en l'arrachant, il faut obturer l'orifice avec de la charpie ou du plomb convenablement placé... Il faut gratter la partie noire de toute dent cariée et enduire la surface de rose pilée à laquelle on a ajouté le quart de noix de galle et de myrrhe... Lorsque la douleur oblige à détruire les dents, on place dans l'orifice de la carie un grain de poivre ou une feuille de lierre pulvérisée, la dent se fond et tombe vite en fragments. Sont indiquées de nombreuses recettes et compositions avec des résines, de l'opium, du safran, du soufre, etc.

Pline recommande contre la douleur des dents cariées de mâcher de la verveine, de la racine de jusquiame, du plantin... et indique une foule de dentifrices et de remèdes parfois étranges.

Cœlius conseille des mouchetures sur les gencives, des fumigations narcotiques... « L'ablation est la perte d'un organe et non sa guérison, dit-il ; de même que nous traitons certaines parties tuméfiées sans songer à les enlever, de même nous devons traiter les dents ; si l'une d'elles est cariée, on essaye de la guérir avant de l'enlever. »

Oribase, Paul d'Egine n'ont fait que copier Galien.

Le premier a même écrit un chapitre sur « le traitement de la Carie d'après Gahen. »

Le second recommande pour éviter la corruption des aliments entre les dents, le nettoyage de la bouche après le repas ; il le prescrit aussi après le vomissement.

Par ces citations, on voit que les Grecs et les Romains avaient déjà des notions précises sur l'origine et la thérapeutique de la carie dentaire. Galien n'avait-il pas entrevu la théorie chimique de cette affection en lui reconnaissant pour cause le lait devenu acide? Le conseil qu'il donne de pratiquer l'ouverture de la chambre pulpaire pour l'application des pansements caustiques prouve que de son temps on soignait déjà la carie pénétrante, qu'on en détruisait la pulpe dénudée.

L'obturation paraît également remonter fort loin. Les fouilles de sépultures grecques et égyptiennes ont amené la découverte de dents cariées qui avaient été obturées avec de l'or en feuille.

De l'époque romaine à la Renaissance, rien de particulier à signaler. On vécut, en France du moins, sur les traditions que nous venons de rappeler.

Quelques données des médecins arabes arrivèrent cependant jusqu'à nous. Albucasis (xi et xiie siècles), qui semble avoir

connu la transplantation, consellait contre la douleur des dents cariées, la cautérisation au fer rouge porté jusqu'au centre de l'organe, ou au beurre fondu introduit tout chaud et de manière à le faire pénétrer jusqu'au fond de la dent (1). Mais des recherches précises n'ont pas encore été faites dans ce sens.

Les ouvrages du XVIe siècle commençent à s'en occuper. A. Paré (1582) en parle longuement dans ses œuvres, mais en la confondant avec la carie des os. Il intitule un chapitre « De la pourriture, érosion et pertuisement des dents et des vers trouvés en la racine d'icelles. »

(*A Suivre.*)

RAPPORT ANNUEL

DES TRAVAUX DE

l'Association générale des Dentistes de France

ET

la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris

PENDANT L'ANNÉE 1885, PRÉSENTÉ

à l'Assemblée générale annuelle du Mardi 26 Janvier 1886

PAR CH. GODON

Secrétaire général

Messieurs et chers Confrères,

Nous allons entrer dans la huitième année d'existence de notre groupe, et après une période suffisamment longue pour prouver notre vitalité, nous sommes heureux de constater que le but que nous poursuivions lors de notre constitution, *la réforme de l'Art dentaire en France par l'enseignement spécial et l'Association professionnelle* est, grâce à nous, à peu près atteint.

L'année qui vient de s'écouler aura, comme les précédentes, apporté sa part de résultats heureux en vue du succès définitif.

Depuis bientôt deux ans que notre groupe s'est constitué sous sa forme actuelle, l'*Association générale des dentistes de France*, avec ses diverses subdivisions, la marche a été plus nette, plus certaine, plus rapide. Aussi voyons-nous avec satisfaction la solution que nous défendions, l'*autonomie de l'art dentaire* être à peu près généralement admise maintenant.

Nous n'avons pas voulu que le dentiste fut ce médecin de 2e ou de 3e ordre pour lequel un enseignement médical incomplet eût été considéré comme suffisant, l'Etat venant donner après son estampille pour inspirer quand même confiance au public français.

Nous n'avons pas voulu non plus admettre, nous laissant en-

---

(1) V. Leclerc, la chirurgie d'Albucasis.

traîner par nos sympathies, que le temps passé au laboratoire de prothèse devait suffire pour faire acquérir les connaissances nécessaires à un bon praticien.

Nous avons soutenu et défendu depuis sept ans cette vérité qui ne devrait pas avoir besoin de démonstration, que *pour être dentiste*, c'est *l'Art Dentaire tout entier qu'il fallait apprendre*; et comme ce n'était pas dans les écoles de médecine qu'il était enseigné, comme l'apprentissage était insuffisant, et que l'Etat n'avait pas ouvert d'écoles spéciales, nous avons dû en fonder une avec nos seules ressources.

Mais pour cela il nous a fallu créer un programme comprenant à la fois l'enseignement professionnel proprement dit, et l'enseignement scientifique nécessaire pour la pratique éclairée de notre art, — programme qui n'existait pas en France.

Nous l'avons constitué si complet, si approprié aux nécessités actuelles, que non seulement les élèves sont venus de tous les points de la France et de l'étranger pour en profiter, mais encore qu'il a servi de modèle pour la constitution d'écoles concurrentes chez nous et même en Europe.

Aussi, messieurs, nous pouvons considérer notre œuvre avec une certaine fierté et poursuivre avec plus de courage la complète réalisation de nos idées.

Cette réforme que nous entreprenions, il y a près de huit ans, s'est progressivement réalisée, et nous avons pu voir, que les idées qui faisaient le fond de notre programme, le sujet de nos polémiques, qui étaient la cause de tous nos projets, ont été approuvées, consacrées par tout ce que la science compte en France d'éminent; et nous pouvons maintenant nous réjouir de ce que notre solution, s'imposant par les faits, admise par le monde professionnel et scientifique, consacrée par une période de huit années, est maintenant à peu près entrée dans les mœurs.

Félicitons-nous donc que notre groupe ait, d'abord sous le nom de *Cercle des dentistes de Paris*, et depuis, sous celui d'*Association générale des Dentistes de France*, pris la direction de cette réforme dont les conséquences seront appréciées par ceux qui nous suivront.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

Le succès de notre Société a suivi tout naturellement la marche de ce mouvement. L'Association a, chaque année, grandit et prospéré.

La transformation que nous avons cru devoir lui faire subir, il y a un an et demi (17 avril 1884), a eu les plus heureuses conséquences. Admise par presque tous les membres, elle a rendu le fonctionnement de la Société plus simple, plus pratique, plus régulier. Aussi nous avons vu le nombre de nos membres s'accroître à chacune de nos séances mensuelles, et nous comptons cette année plus de trente admissions, ce qui porte à 250 le nombre

de nos membres sociétaires et à plus de 100 celui des membres honoraires.

Nous pouvons donc dire que l'*Association générale* est actuellement la Société professionnelle française la plus nombreuse.

L'influence que nous donne cette situation a aidé encore à la prospérité des diverses branches de la Société qui sont entrées régulièrement en fonction cette année. Nous allons les passer toutes en revue et apprécier les résultats qu'elles ont donnés.

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS (SOCIÉTÉ CIVILE)

L'Ecole Dentaire de Paris, le principal instrument de cette régénération professionnelle, la branche la plus importante de notre Société, a vu croître encore sa prospérité des années précédentes. Le nombre des élèves s'est élevé à un chiffre qui dépasse celui des écoles étrangères les plus prospères.

Nous avons eu cent cinq élèves. Sur ce nombre 23 ont obtenus le diplôme de l'Ecole; ce chiffre restreint suffit pour vous prouver combien les professeurs de l'Ecole, par la rigueur qu'ils apportent dans leurs examens, sont à l'abri de ces soupçons qui atteignent certains établissements libres désireux d'attirer les candidats par des complaisances regrettables.

Nos professeurs ont au contraire acquis une réputation de sévérité qui est très justifiée et qui leur fait le plus grand honneur. Le nombre considérable des élèves nous a permis d'apporter de nombreux perfectionnements tant à l'organisation intérieure qu'au programme de l'enseignement.

Ce programme, sur lequel j'appelle toute votre attention, a été complété, étendu, et il peut maintenant, avec avantage, être comparé à celui de toutes les écoles étrangères similaires.

La scolarité régulière a été portée à trois ans, l'année préparatoire étant supprimée; cette période est suffisante pour former un jeune dentiste, mais, à notre avis, elle est nécessaire.

Le programme réparti sur ces trois années se divise en deux parties principales :

1° L'enseignement théorique; 2° l'enseignement pratique.

L'enseignement théorique comprend :

Pour la 1re année, la partie scientifique (les sciences dites accessoires);

Pour la 2e année, la partie médicale;

Pour la 3e année, la partie spéciale ou professionnelle.

Tous les cours qui composent cette division de l'enseignement ont été, comme les années précédentes, parfaitement et très régulièrement faits par les professeurs dévoués et instruits, MM. Aubeau, David, Decaudin, Deny, Gérard, Poinsot, Prengrueber, Thomas et Viau, qui, depuis six ans, donnent leur précieux concours à l'Ecole. Ils ont été assistés, en cas d'absence, par les suppléants, MM. Blocman et Marié.

L'enseignement pratique qui comprend des démonstrations graduées sur la chirurgie et la prothèse dentaires est aussi des plus complets.

La Clinique ou *Hôpital dentaire*, qui reçoit tous les matins la visite de 50 à 60 malades, donne toute facilité pour démontrer aux élèves les diverses opérations qui sont du ressort de la chirurgie dentaire.

Le personnel enseignant chargé de cette partie si importante du programme et qui comprend des professeurs, des suppléants, des chefs de clinique et des démonstrateurs, s'est acquitté de sa tâche avec le zèle et le dévouement que l'on rencontre chez tous les membres de notre Société ; nous citerons notamment, ne pouvant les citer tous, M. le Dr Levett et ses professeurs-adjoints nommés après concours : MM. Heidé, Lemerle et Ronnet.

La prothèse dentaire n'avait pu, jusqu'à présent, s'enseigner à l'Ecole malgré des essais multipliés mais infructueux. Nous avons été assez heureux pour l'organiser d'une façon satisfaisante.

Le Conseil a adopté le programme que j'eus l'honneur de lui présenter, et qui consiste à enseigner la prothèse à l'Ecole d'après un programme nettement déterminé à l'avance, comprenant une série de modèles types contenant toutes les difficultés que l'on peut être appelé à exécuter en prothèse, et commençant par les travaux les plus simples pour passer graduellement à de plus difficiles, et cela sous la direction d'un chef de laboratoire assisté d'un suppléant et de démonstrateurs venant chacun un jour par semaine.

Ce travail du laboratoire est complété par un enseignement sur le malade fait à la clinique de prothèse par M. Viau. Les résultats obtenus à la fin du premier trimestre ont été tels qu'ils ont valu au chef de laboratoire, M. Poirier, et à ses zélés collaborateurs, les félicitations du conseil de direction.

Comme vous le voyez, notre programme comprend maintenant à peu près toutes les branches de l'Art et de la Science dentaires.

Le Conseil de direction s'applique tous les jours à l'étendre encore et à le perfectionner afin de le tenir à la hauteur du progrès.

Ainsi M. Heidé a été délégué par l'Ecole à Brême, près de M. le Dr Herbst, pour apprendre sa nouvelle méthode d'aurification, la méthode rotative dont de nombreuses expériences ont permis d'apprécier la valeur. Notre délégué a été reçu de la façon la plus aimable par M. Herbst qui s'est mis à sa disposition pour lui montrer ses divers procédés d'opérations, tous des plus ingénieux.

Depuis, M. Heidé en fait tous les mardis la démonstration à l'Ecole.

Nous avons, en reconnaissance, nommé M. le Dr Herbst membre honoraire de la Société.

Il me reste avant de terminer, à dire un mot de la nouvelle inauguration qui s'est faite plus brillamment encore que les années précédentes. Le maire du 9e arrondissement a mis à notre disposition la salle des fêtes de la mairie, et M. le professeur Brouardel,

assisté du vice-président du Conseil municipal de Paris, M. le Dr Robinet, est venu présider notre cérémonie, à laquelle assistait un nombreux concours de personnalités éminentes.

M. le Dr David, notre directeur, a prononcé à cette occasion un très intéressant discours sur l'histoire de l'art dentaire, et M. le Dr Gérard, l'un de nos sympathiques professeurs, a montré la nécessité du concours des sciences dites accessoires pour la création de notre enseignement.

La nouvelle année scolaire promet d'être aussi brillante que sa devancière. Les élèves sont nombreux, quoique nous ayons supprimé les dispositions transitoires.

Ces dispositions qui ont duré cinq ans, ont donné aux confrères qui n'avaient pas eu l'heureuse chance de trouver à leur début un enseignement spécial, la facilité de se mettre à la hauteur des nouveaux procédés et de pouvoir obtenir notre diplôme.

Maintenant personne n'entre plus à l'Ecole sans subir d'examen d'entrée, soit théorique pour la première année, soit pratique pour les deux autres.

L'Ecole Dentaire entre dans une nouvelle phase, commence une deuxième période, la période normale.

Aussi nous sommes heureux que notre programme d'enseignement ait maintenant atteint son développement à peu près complet.

Si l'Etat, cédant à des sollicitations intéressées, créait un enseignement odontologique officiel, il ne pourrait se montrer moins exigeant que nous, et serait tenu d'adopter au minimum notre programme, et par lui nous sommes sûrs de l'autonomie de l'Art dentaire ; on formerait ainsi de véritables dentistes connaissant à fond toutes les branches de leur art, et n'ayant rien à redouter d'une comparaison avec leurs confrères étrangers.

L'Ecole Dentaire aurait donc rempli sa mission, mais cette éventualité même n'est pas à craindre; le gouvernement a trop à faire, ayant tout à faire pour vouloir recommencer ce que nous avons créé; et puisque nous avons si bien réussi, il nous laissera continuer notre œuvre.

Ainsi donc, au bout de ses six ans d'existence, l'Ecole Dentaire de Paris, patronnée par les savants les plus éminents, Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, subventionnée par la Ville de Paris, soutenue par une association de plus de trois cents membres, est en pleine prospérité.

Elle a déjà donné l'instruction professionnelle à plus de trois cents élèves, produit cent diplômés, soigné près de trente mille malades ; elle a par conséquent puissamment contribué à la régénération de notre art.

Du reste, tous ces résultats ont été appréciés en haut lieu, puisque trois de ses professeurs, MM. Gérard, Thomas et Viau, et le vice-président du Conseil de direction, M. M Wiesner ont reçu les palmes académiques; ce qui, avec notre directeur M. le Dr David

qui les avait déjà obtenues l'année dernière, porte à cinq le nombre de nos officiers d'académie.

Il est inutile de vous dire qu'au point de vue financier, la situation de l'Ecole est aussi prospère, vous le verrez tout à l'heure par le rapport de notre trésorier, rapport que je ne veux pas déflorer. Je puis seulement vous dire qu'ayant depuis deux ans pris l'habitude de voter au début de l'année un budget, il s'élevait à 32,000 francs l'année dernière, et que cette année il s'est élevé à 35,000 francs et que ces dépenses, si fortes qu'elles paraissent, ont été très largement couvertes l'année dernière, comme elles le seront cette année, et qu'il nous est même resté en caisse un fort reliquat qui est venu augmenter notre fonds de réserve déjà important.

J'ajouterai que le bilan de la Société donne pour cette année une balance en faveur de l'actif de plus de 70,000 francs. Ce chiffre suffisamment éloquent me dispense de tout commentaire.

J'oubliais de vous parler des souscriptions nouvelles qui, assez nombreuses cette année, ont encore augmenté la prospérité de notre institution, et notamment cette souscription de mille francs offerte par le généreux président de l'Association, M. E. Lecaudey, dans le but de donner tous les ans, à l'un des lauréats et en son nom, un prix à l'inauguration ; à ce sujet je dois vous rappeler que tous les ans MM Heymen et Cornelsen encouragent également nos élèves en offrant eux aussi des prix aux lauréats.

Comme vous le voyez, la concurrence n'a pas été préjudiciable à notre institution ; au contraire, elle a provoqué des comparaisons qui nous ont été favorables. Cela nous fait moins regretter que l'on ait fait des sacrifices inutiles de temps et d'argent pour créer une deuxième école que rien ne nécessitait, sacrifices que l'on eût pu faire d'une façon plus profitable pour l'intérêt général de la profession et du public, et puisque l'on a fini par revenir, après deux ans de tentatives malheureuses, à notre organisation, à la voie que nous suivons, souhaitons donc qu'un jour, le temps ayant atténué les inimitiés et fait disparaître les obstacles, tous les dissidents viennent se joindre à nous et que l'union de tous permette d'augmenter encore les bienfaits produits par l'Ecole Dentaire de Paris.

2° SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

La *Société d'Odontologie de Paris*, notre réunion scientifique qui par son but nettement déterminé nous permet de réunir tous les mois les membres de notre Société en vue d'étudier et d'expérimenter ensemble les progrès de notre art, a donné cette annee les meilleurs résultats.

Vous avez entendu, du reste, dans sa dernière séance, l'excellent rapport de notre dévoué secrétaire général, M. E. Blocman.

Vous avez tous pu constater, par le nombre des communications dont il a fait l'énumération, combien les séances avaient été intéressantes, combien elles avaient été utilement employées. Vous

avez apprécié dans les procès-verbaux publiés dans notre journal la valeur de ces communications.

Chaque membre tient à honneur d'apporter à ses collègues le résultat de ses recherches, de ses expériences, de sa pratique personnelle ; il n'est pas un progrès, pas une découverte qui ne soit immédiatement étudiée, vérifiée, contrôlée, discutée.

L'Ecole Dentaire, par son laboratoire de chimie et par sa clinique, fournit le champ d'expériences nécessaire pour l'étude de toutes les nouveautés professionnelles.

Aussi depuis quelques années, et cette année surtout, vous avez pu comparer les procès-verbaux de notre réunion scientifique avec ceux des associations professionnelles étrangères et vous avez constaté que nous étions maintenant à la hauteur du progrès professionnel, et que dans toutes les découvertes intéressant notre art, nous ne laissions plus l'initiative aux étrangers, que quelquefois même nous les devançions.

Pour ne citer que quelques exemples, je rappellerai les communications qui vous ont été faites : sur les applications de l'électricité à l'art dentaire qui ont donné lieu à des débats contradictoires des plus intéressants ; sur les propriétés de la cocaïne, cet anesthésique local qui a fait naître de si grandes espérances ; sur l'étude et la vulgarisation de la méthode rotative d'aurification du Dr Herbst; sur les substances d'obturation des canaux dentaires, et surtout les recherches sur les propriétés du protoxyde d'azote dont notre professeur d'anesthésie, le sympathique Dr Aubeau, s'est fait le défenseur compétent, autorisé.

L'ingéniosité et le savoir de nos membres s'est fait jour chaque fois par des travaux personnels, absolument nouveaux et par la decouverte d'instruments applicables à la chirurgie ou à la prothèse dentaire.

Ceci est venu prouver combien notre nouvelle organisation et la méthode apportée dans nos réunions facilitait le travail et permettait d'en obtenir des résultats appréciables.

3° SYNDICAT PROFESSIONNEL

Notre Comité syndical, quoique d'une utilité moins immédiate moins journalière, n'en a pas moins prouvé sa nécessité.

Nous avons dit dans nos statuts qu'il était chargé de la défense des intérêts professionnels lorsqu'ils étaient menacés. A ce sujet il n'a pas eu cette année à intervenir; car le dernier Parlement a emporté avec lui le projet de réforme de la médecine, qui comprenait un projet de règlementation de l'art dentaire. Il est inutile de vous dire qu'en ce qui concernait notre profession, ce projet, mal conçu, inspiré par des idées rétrogrades, était inapplicable. Le rôle de notre Comité syndical a consisté à veiller, afin d'être prêt à porter aux pouvoirs législatifs notre protestation dès que ce projet aurait eu quelque chance de réussir.

Nous avons entrepris la seule réforme de notre art compatible

avec les légitimes aspirations de notre époque et les intérêts généraux du public et des dentistes; celle que l'on obtient par une judicieuse application de la liberté et de l'initiative privée, et qui permet d'obtenir, avec la transition nécessaire et sans froisser des intérêts respectables, une réglementation graduellement et librement consentie.

Nous avons vu, du reste, consigner nos aspirations et approuver nos efforts dans un document presque officiel fait par le directeur des sociétés professionnelles au ministère de l'intérieur. Dans sa monographie consacrée à l'art dentaire, M. Barberet fait l'historique du mouvement de réforme de notre profession, et après avoir cité les résultats que nous avons obtenus, conclut ainsi :

« Les médecins et les mécaniciens sont des dentistes incomplets, quoique pour des raisons différentes. Les uns et les autres ne connaissent qu'une partie de l'art dentaire. Aussi nous croyons que l'avenir, dans cette profession, appartient aux élèves diplômés des écoles dentaires qui après avoir suivi quelques années un enseignement professionnel complet (chirurgie et prothèse) obtiendront après examen un certificat de capacité. »

Notre Comité syndical a également pour mission de servir d'arbitre entre les confrères et leurs employés, entre les dentistes et leurs clients. Dans ce dernier cas, un de nos membres ayant fait appel au Comité et lui ayant soumis une difficulté, le comité syndical a été assez heureux pour amener une solution pacifique qui a évité le recours à la voie judiciaire toujours longue incertaine et coûteuse.

Nous souhaitons de voir plus souvent nos confrères profiter de ce service en proposant dans leurs différents avec leurs confrères ou leur clientèle cet arbitrage avantageux à tant d'égards.

4° CAISSE DE PRÉVOYANCE

La Caisse de prévoyance a également, dans deux circonstances, pu prouver son utilité, et permette d'apprécier combien l'on avait eu raison de s'inspirer pour son règlement intérieur, des principes libéraux qui ont présidé à l'ensemble de nos statuts. Dans le premier cas, l'on a pu donner un secours léger à un confrère étranger que des nécessités politiques avaient réduit à une misère momentanée.

Quoique le secours lui ait été fait à titre de don, j'ai eu le plaisir de le voir revenir chez moi ces jours-ci en rapportant la somme qui lui avait été donnée. « J'ai reçu un peu d'argent m'a-t-il dit, et je vais avoir une situation, je vous rapporte ce que la Société m'a donné, auquel j'ajoute un don personnel, cela pourra servir à soulager un autre. »

Il est un autre cas où une de nos innovations, le prêt, a pu être heureusement utilisée, il s'agissait d'un de nos membres les plus

sympathiques que diverses circonstances réduisaient à un état de gêne d'autant plus difficile à supporter qu'il était cloué au lit par une grave maladie. Ayant appris cette situation, notre Société par sa caisse de prévoyance a pu intervenir par un prêt qui, tout en sauvegardant l'amour-propre de notre confrère l'a aidé à sortir de son ennui. Il rendra à l'Association, plus tard, quand il le pourra.

Nous avons également, cette année, pour compléter cette œuvre de prévoyance, constitué le service médical et pharmaceutique pour nos membres malades et gênés.

Les dévoués professeurs de l'Ecole qui appartiennent à la profession médicale, nous ont tous apporté leur concours, et de nombreux pharmaciens de tous les quartiers de Paris ont accepté avec empressement de nous donner leurs services.

Là encore, Messieurs, cette subdivision de notre Société a donné ce qu'on attendait d'elle. Nous faisons appel à tous nos membres pour qu'ils usent de ces services que la solidarité nous a permis de créer pour soulager les misères intéressantes qui peuvent accabler des membree de la profession.

4° LE JOURNAL L'*Odontologie*

Notre journal l'*Odontologie* à sa part, sa part très grande dans notre mouvement; par sa large publicité il étend dans le monde entier le renom de notre association et de l'Ecole dentaire de Paris; en publiant les procès-verbaux de la Société d'odontologie il vulgarise les progrès obtenus chaque jour dans notre art.

Il vient servir de lien entre tous nos membres, porter à tous ceux que lenr éloignement ou leurs travaux empêchent d'assister à nos séances, un écho de nos réunions, et les en faire profiter malgré leur absence involontaire.

Il est inutile de vous dire que la situation de ce journal est prospère; grâce à l'habile et intelligente direction de notre collègue P. Dubois, sur lequel le Conseil de notre Société s'est déchargé des soucis de l'organisation matérielle du journal, nous pouvons dire qu'il n'a fait que prospérer. Vous avez vu du reste, que plusieurs fois dans l'année, le format en a été augmenté, et qu'en ces derniers temps encore, sans vouloir augmenter le format à nouveau, on y a fait entrer plus de matières en le rendant plus compacte. Là encore la marche a été progressive, le succès s'est affirmé, et le journal l'*Odontologie*, avec l'aide de son rédacteur en chef le Dr. Aubeau, de son directeur gérant et de son comité de rédaction, a atteint une prospérité matérielle des plus satisfaisantes. Quant à sa réputation et à son influence, les emprunts que lui font les journaux professionnels étrangers suffisent à les prouver.

BIBLIOTHEQUE

Il me reste à parler d'un de nos derniers services, qui jusque-là était resté rudimentaire et que le Conseil de direction de cette année a enfin organisé avec le concours du Dr Thomas.

Par son service à la bibliothèque de l'Ecole de médecine, par sa grande érudition, le Dr Thomas était plus que tout autre désigné pour cette besogne, ingrate entre toutes; il s'y est dévoué avec l'abnégation et l'esprit de sacrifice qu'il a toujours apporté à l'Ecole depuis sa fondation.

Aussi nous sommes heureux de vous annoncer que notre bibliothèque est sur pied et que depuis le début de cette année scolaire, le service a fonctionné d'une façon régulière et conformément à un règlement dont vous apprécierez tous la nécessité.

Cette bibliothèque est utile non seulement pour les membres de la profession dont elle facilite les recherches, aide les travaux mais encore et surtout pour les élèves de notre École qui ne pourraient pas toujours se procurer des ouvrages nécessaires mais devenus trop rares ou trop coûteux.

Le Conseil de direction a fait cette année un très grand sacrifice en faisant imprimer un catalogue complet et méthodique de la bibliothèque. Ce catalogue sera envoyé à tous les membres de l'Association.

Vous pourrez ainsi demander les livres qui vous seront utiles; cela vous permettra également de constater que si nous avons déjà un grand nombre d'ouvrages, nous sommes loin d'avoir tout, et qu'il faut encore beaucoup de sacrifices de votre part(pour que la seule bibliothèque odontologique publique qui existe en France, soit en état de répondre aux besoins des travailleurs.

Ainsi donc, fouillez dans vos bibliothèques, et faites pour nous, c'est-à-dire pour tous, quelques sacrifices. Envoyez-nous d'abord vos exemplaires en double, toute la Société vous en sera reconnaissante : afin que nous soyons obligés, dans un an, d'ajouter un supplément important à ce catalogue, que la Direction est heureuse de vous offrir pour la nouvelle année.

CONCLUSION

Ainsi donc, Messieurs et chers confrères, dans ce long compte-rendu du fonctionnement de notre Société pendant l'année 1885, vous avez pu vous convaincre que si il y a sept ans, il n'existait pas de groupement professionnel, c'était grand dommage, car il y avait certainement à faire; et cette longue énumération prouve que les services qui ont été organisés depuis répondaient à un besoin réel.

Il a fallu, il est vrai, pour les organiser, beaucoup de sacrifices de temps et d'argent ; il en faut encore pour les faire fonctionner, mais nous savons par expérience que les dévouements ne font pas défaut dans notre profession. Nous savons tous faire la part de ce qu'exige la solidarité professionnelle dont nous sommes aujourd'hui à même d'apprécier les immenses avantages.

Aussi, permettez-moi, avant de terminer, de faire appelà cette solidarité pour compléter et perfectionner notre œuvre.

Deux choses de la plus haute importance restent à obtenir pour assurer la durée de nos créations :

La reconnaissance comme d'utilité publique de la Société civile de l'Ecole Dentaire ;

Son installation dans un immeuble lui appartenant, et digne de notre profession, digne de l'Odontologie qu'elle représente.

Pour ces deux desiderata, des projets pratiques et prochainement réalisables, sont en préparation.

Nous viendrons encore faire appel à votre concours, à votre dévouement, à vos sacrifices pour leur réalisation. Vous allez renouveler la moitié du conseil de Direction ; donnez-lui mission de réaliser ces deux choses, dont, avec votre aide, le succès ne peut manquer d'être certain.

Nous pourrons ainsi, au centenaire de 1889, à cette grande exposition universelle qui se prépare, dans ce tournoi des nations, fiers de la moisson obtenue, représenter dignement la France dans le congrès international des Dentistes, auquel nous auront convié tous nos confrères du monde entier. Nous prouverons alors que dans le cercle restreint dans lequel le classement du travail nous a placés, nous aurons nous, aussi, par la liberté et l'union, apporté notre part au Progrès scientifique.

COMPTE RENDU GÉNÉRAL

DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 1885.

Messieurs,

En jetant ensemble un coup d'œil rétrospectif sur les débuts de notre Société, nous avons constaté il y a juste un an, que de grands progrès avaient été accomplis. Nous avons passé en revue les différentes formes administratives qui ont présidé a son évolution, et nous avons analysé les travaux accomplis par tous les membres de notre association.

Nous nous sommes rendu compte de nos propres forces en considérant le résultat acquis, et nous avons pu sans y mettre une indulgence pas tr p complaisante, nous féliciter d'un succès qui n'a fait que s'accoître, ainsi que j'espère le prouver tout à l'heure.

Il était bon, Messieurs, de respirer un peu après trois ans et demi de travail, et de porter le regard en arrière, pour établir une comparaison entre le point de départ et le point d'arrivée. Comme vous l'a dit le savant professeur Brouardel à la séance d'ouverture des cours de l'école : « Le voyageur qui gravit une montagne, aime à s'arrêter, pour considérer le chemin parcouru ; il prend dans le spectacle qu'il découvre de nouvelles forces, pour pour-

suivre sa route. » N'en est-il pas ainsi pour vous, Messieurs; n'avez-vous pas été surpris et surpris agréablement, en vous voyant Société d'odontologie, bien et duement constituée, fonctionnant régulièrement et produisant des travaux, publiant des observations, aidant en un mot au développement de l'art dentaire, d'une façon active. N'avez-vous pas trouvé dans cette première satisfaction, le désir de continuer dans la même voie, de poursuivre cette route entreprise pour atteindre une position plus élevée encore. Telle a été votre résolution, Messieurs, et cette fois encore, la bonne étoile qui nous protège depuis la première heure ne nous a pas fait défaut; il suffit pour s'en convaincre, d'examiner les travaux de l'exercice qui vient de s'écouler et d'en commenter les résultats.

Cette année, Messieurs, l'électricité a tenu une large place dans nos réunions. L'art dentaire ne veut pas être en retard sur les autres branches de la science, et il cherche à tirer du nouvel agent aujourd'hui si universellement appliqué, tout le profit possible. MM. Gillard, Manoury, Toinon, Montaigne, Larochelle et Chardin sont venus faire fonctionner devant vous les différents appareils électriques employés dans la pratique dentaire, en indiquant les avantages et les inconvénients de chacun d'eux. La question, quoique incomplètement résolue encore, n'en a pas moins été développée d'une façon très étendue devant nous.

L'anatomie a été représentée dans nos réunions par des moulages de dentitions anormales et par des moulages de maxillaires humains et animaux. Enfin, notre vice-président, M. Poinsot, nous a communiqué une très intéressante observation de deux cas d'anomalie par évolution tardive.

La clinique dentaire a offert à notre étude deux cas de réimplantation exécutés à l'école; un malade atteint de nécrose du maxillaire et des coupes de dents pathologiques. Enfin, M. le procureur suppléant Heidé est allé à Brême au nom de l'École dentaire de Paris, pour puiser auprès de M. Herbst, lui-même, les principes de sa méthode d'aurification. Vous vous rappelez tous, Messieurs, le rapport si complet qui vous a été lu par M. Heidé, rapport suivi de démonsrations pratiques.

La clinique chirurgicale et médicale et la thérapentique nous ont fourni une étude très complète de la constriction des mâchoires et un travail des plus approfondis sur le phosphate de chaux, et son influence sur le système dentaire. Je n'ai fait, Messieurs, que vous signaler quelques-uns des travaux qui vous ont été présentés; voici, pour terminer ce compte rendu, la liste complète de ces travaux:

PROTHÈSE, INSTRUMENTS ET PHYSIQUE

Préterre. — Porte caustique. Odont., janv. 85, p. 19.
Id. — Pince coupe-cheville. Odont., janv. 85, p. 19.
Dr Levett. — Injecteur a jet continu.

Trallero. — Moulage avec deux dents à pivot. Odont., fév. 85, p. 72.
Vigier. — Poinsot. — Seringue pour les dents. Odont., fév. 85, p. 73.
Poinsot. — Redressement tardif. Odont., fév. 85, p. 73.
Barrié. — Présentation d'un cas de prothèse. Odont, mars 85, p. 102.
Wirth. — Présentation d'un fauteuil à manivelle. Odont., avril 85, p. 153.
Gillard. — Maillet électrique. Odont., mai 85, p. 182.
Manoury. — Notes sur les piles thermoé-lectriques et leur application à la chirurgie dentaire. Odont., mai 85, p. 185.
Toinon. — Galvano-cautère, de MM. Viet et Larochelle. Odont., mai 85, p. 191.
Montaigne. — Appareil pour éclairer la cavité buccale, cautériser les dents et produire de l'air chaud. Odont., mai 85, p. 196.
Manoury. — Les applications de l'électricité à l'art dentaire. Odont. juin 85, p. 222.
Larochelle. — Appareils galvano-caustiques de Viet et Larochelle. Odont., juin 85, p. 237.
Toinon. — Quelles sont les piles à utiliser en art dentaire. Odont., juin 85, p. 240.
P. Dubois. — Tire-nerfs en platine irridié. Odont., juillet 85, p. 270.
Chardin. — Pile à deux chambres. Odont., août 85, p. 310.
Rousseaux. — Articulateur. Odont., août 85, p. 325.
Deute. — Fraiseuse à main. Odont., sept. 85, p. 385.
Martial Lagrange. — Présentation d'un nouvel élevateur. Odont., sept. 85. p. 385.

ANATOMIE

Bioux. — Nerf dentaire d'une seconde grosse molaire. Odont., janv. 85, p. 20.
Richer. — Eruption tardive. Odont., fév., p. 68. — P. par Viau.
Müller. — Maxillaire romain. — P. par Viau.
Stener. — Moulage d'un maxillaire Rhizopriou. Odont., mars 85, p. 104.
P. par Godon. —
Prevel. — Moulage d'une arcade dentaire présentant deux dents surnuméraires. Odont., mars 85, p. 106.
Butlin. — Premolaire supérieure ayant trois racines. Odont., avril 85, p. 154.
Chesnau. — Moulage avec anatomie de l'incisive centrale gauche.
P. par Lemos. —
Mausis. — Moulage avec anatomie de nombre.
Poinsot. — Deux cas anomalie par évolution tardive. Odont., sept. 85, p. 386.

CLINIQUE DENTAIRE

F. Jean. — Deux cas de réimplantation. Odonto, fév. 85. p. 62.
Poinsot. — Projectionst de coupes de dents pathologiques. Odont., avril 85, p. 154.
Poinsot. — Présentation d'une incisive dont la racine est resorbée. Odont., mai 85, p. 197.
Martial Lagrance. — Nécrose du maxillaire. Odont., août 85, p. 310.

Poinsot. — Opérations pratiquées sur les aliénés. Odont.. sept. 85, p. 389.

Poinsot. — Allocution. Odont., déc. 85, p. 563.

Heidé. — De l'aurification par la méthode Herbst. Odont., déc. 85, p. 567.

CLINIQUE CHIRURGICALE ET MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE

P. Dubois. — Constriction permanente des mâchoires. Odont. janv. 85, p. 14.

Dr Barratoux. — Contribution à l'étude de la constriction des mâchoires. Odont., fév. 85, p. 64.

Preterre. — Ankylose permanente des mâchoires. Odont., mars 85, p. 98.

Jolly. — Du phosphate de chaux et de son influence sur la dentition. Odont., août 85, p. 311.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES AFFECTIONS DU SYSTÈME DENTAIRE

par M. Paul Dubois (suite) (1)

AFFECTIONS DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS

Vices de conformation.

184. Les vices de conformation de la voûte palatine et du voile du palais : division et pertes de substance, qui altèrent la voix et nuisent à la déglutition, motivent l'exemption et la réforme. Ils peuvent être dissimulés par des pièces prothétiques dont la présence est facile à reconnaître.

Adhérences pharyngiennes.

185. Les adhérences pharyngiennes du voile du palais, offrant les mêmes inconvénients, donnent lieu aux mêmes décisions.

Paralysie du voile du palais.

186. La paralysie du voile du palais, qui suit la diphthérie, guérit en général promptement et n'est pas un obstacle au service militaire ; mais si elle dépend d'une autre cause et qu'elle nuise à la phonation et à la déglutition, elle entraîne l'exemption.

Tumeurs.

187. Les tumeurs de la voûte palatine du palais, quelle que soit leur nature, déterminent l'exemption et même la réforme, si la chirurgie ne peut en triompher.

Hypertrophie de la luette.

188. L'hypertrophie de la luette n'est une cause d'exemption que si elle est due à une affection cancéreuse.

(1) V. Odontologie, octobre 1885, p. 449.

DÉPARTEMENTS	Classe 1850			Classe 1851			Classe 1852			Classe 1853			Classe 1854			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Ain	1.684	4	»	1.757	2	»	1.758	5	[illegible]	2.548	6	»	2 720	»	»	10.467	17	»
Aisne	2.736	64	3	2.470	7	13	2.495	28	[illegible]	3.325	26	5	3.829	56	»	14 555	181	26
Allier	2.149	1	»	2.218	1	3	2.380	4	[illegible]	2.745	1	2	3.024	»	3	12.516	7	8
Alpes (Basses-)	713	6	»	664	4	2	659	2	[illegible]	1.400	8	»	1.177	9	»	4.313	29	2
Alpes (Hautes-)	818	1	12	687	1	2	925	1	[illegible]	1 180	»	4	1.130	3	1	4.740	6	20
Ardèche	2.147	5	»	2.016	3	»	2.044	»	[illegible]	2.991	1	1	3.184	2	4	12.385	11	5
Ardennes	1.561	20	4	1.226	28	»	1.367	10	[illegible]	2.366	27	4	2.144	15	»	8.664	100	8
Ariège	1.535	1	1	1.468	1	2	1.483	2	[illegible]	2.111	2	6	2.215	4	1	8.812	10	12
Aube	1.275	13	2	1.135	18	»	1.131	11	[illegible]	1.870	14	2	1.597	5	1	7.008	61	5
Aude	1.205	»	3	1.526	2	»	1 362	2	[illegible]	2.138	2	1	2.515	1	10	8.746	7	16
Aveyron	1.944	1	»	1.918	2	1	1.993	2	[illegible]	3.333	5	4	3.244	5	1	12.432	15	6
Bouches-du-Rhône	1.518	12	4	1.609	13	»	1.400	7	[illegible]	2.444	12	1	2.486	13	»	9.457	57	6
Calvados	1.753	5	»	1.917	26	1	1.895	15	[illegible]	3 056	31	1	3.303	53	»	11.926	130	12
Cantal	1.322	»	2	1.236	»	4	1.284	4	[illegible]	2.075	5	1	1.851	2	1	7.768	11	8
Charente	1 691	4	»	1.422	3	»	1.605	10	[illegible]	2.443	5	»	2.542	2	1	9.705	24	1
Charente-Inférieure	2.304	13	»	2.374	16	1	2.293	23	[illegible]	3 282	9	»	3.348	5	3	13.601	66	4
Cher	1.772	21	»	1.890	5	12	2.190	4	[illegible]	2 736	12	1	2.582	9	2	11.170	51	23
Corrèze	2.053	12	»	1.857	1	»	2.008	4	[illegible]	2.810	6	1	2.688	2	2	11.396	25	14
Corse	976	4	»	996	4	»	903	3	[illegible]	1.761	1	1	1.772	1	»	6.408	13	1
Côte-d'Or	1.770	16	»	1.855	19	»	1.751	5	[illegible]	2.696	18	1	2.779	11	»	10.861	69	3
Côtes-du-Nord	3.007	2	2	3.092	1	4	3 074	4	[illegible]	4.720	6	1	4.848	7	1	18.762	20	8
Creuse	1.428	1	4	1.686	2	3	1 577	»	[illegible]	2.362	»	9	2.253	1	5	9.306	4	22
Dordogne	1.233	3	1	2.364	4	»	2.688	3	[illegible]	4 047	30	»	3.813	13	1	14.145	53	2
Doubs	2.815	12	1	1.016	6	1	1.211	15	[illegible]	2.060	8	4	2.344	10	»	9.446	51	6
Drôme	1.356	1	»	1.512	11	»	1.363	3	[illegible]	2.308	5	»	2.677	5	»	9.216	25	3
Eure	1.955	79	»	1.919	71	»	1.540	53	[illegible]	2.759	74	1	2 672	151	2	16.825	428	3
Eure-et-Loir	1.299	8	»	1.219	2	»	1.299	5	[illegible]	2 167	8	5	2.062	11	2	8.046	34	7
Finistère	2.966	2	3	2.901	1	1	3.165	1	[illegible]	5.342	2	1	5.394	3	2	22.767	9	7
Gard	1.361	5	1	1.662	9	»	1.684	1	[illegible]	2.728	3	6	2.579	8	2	10.014	26	9
Garonne (Haute-)	2.244	3	3	1.973	1	2	1.871	2	[illegible]	3.413	13	5	3.603	1	1	13.301	20	14
Gers	1.435	2	»	1.282	6	»	1.049	3	[illegible]	1.937	9	»	2.237	6	1	7.940	26	2
Gironde	2.079	18	»	1.950	17	»	1.757	25	[illegible]	3.475	42	3	3 674	24	2	12.935	126	5
Hérault	1.544	1	3	1.551	»	2	1.491	3	[illegible]	2.357	»	7	2.880	»	8	9.803	4	24
Ille-et-Vilaine	2.289	2	2	2.784	»	3	2.630	1	[illegible]	4.637	4	1	4.451	13	6	16.791	20	13
Indre	1.669	8	3	1.800	8	1	1.696	8	[illegible]	2.355	12	»	2.397	3	1	9.917	39	5
Indre-et-Loire	1.881	39	14	1.723	13	3	1.757	15	[illegible]	2.323	22	»	2 342	29	»	10.026	118	20
Isère	2.953	1	2	2.821	»	»	2.871	5	[illegible]	4.661	19	1	4.514	13	»	17.820	38	3
Jura	1.434	12	1	1.302	7	»	1.322	»	[illegible]	2.041	2	1	2 256	9	»	8.355	30	3
Landes	1.673	57	»	1.660	70	2	1.460	59	[illegible]	2.457	29	»	2.328	21	»	9.578	236	3
Loir-et-Cher	1.635	5	1	1.458	12	»	1.375	5	[illegible]	2.254	10	21	2.225	12	1	8.947	44	40
Loire	2.385	»	5	2 550	»	4	2.756	»	[illegible]	3.821	2	2	3.755	1	»	15.467	3	20
Loire (Haute-)	1.965	»	1	1.765	»	»	1.683	1	[illegible]	2.554	1	4	2.704	»	3	10.671	5	10
Loire-Inférieure	2.131	45	»	2.086	23	1	2.031	12	[illegible]	3.406	22	»	3.700	20	»	13.254	122	2

DÉPARTEMENTS	Classe 1850			Classe 1851			Classe 1852			Classe 1853			Classe 1854			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Loiret	1.375	17	»	1.385	4	1	1.465	3	[illegible]	2.271	8	»	2.254	5	1	8.650	37	3
Lot	1.429	2	2	1.511	»	»	1.106	1	[illegible]	1.860	2	»	2 184	1	3	8,090	6	5
Lot-et-Garonne	1.189	4	»	1.422	12	1	1.272	7	[illegible]	2.400	29	1	2.212	13	2	8.495	65	4
Lozère	695	2	■	791	1	»	878	3	[illegible]	1.077	1	»	1.257	»	»	4.698	7	1
Maine-et-Loire	2.485	51	1	2.465	22	3	2.123	26	[illegible]	3.619	41	»	3.737	57	3	14.149	197	8
Manche	3.305	18	»	2.420	2	13	2.706	2	13	4.614	5	12	4.908	3	13	17,950	30	51
Marne	1.297	1	»	1.340	6	3	1.345	25	[illegible]	2.463	21	2	2.293	11	1	8.738	64	7
Marne (Haute)	1.105	4	7	1.166	11	4	1.231	12	[illegible]	1.605	26	1	1.766	17	7	6.873	70	26
Mayenne	1.859	»	9	1.620	8	»	1 628	»	[illegible]	2.775	20	»	2.652	14	1	10.534	42	12
Meurthe	1.803	10	■	1.733	4	»	1.798	5	[illegible]	2.864	6	»	2.789	3	1	10.987	28	1
Meuse	1.506	13	1	1.337	13	1	1.198	8	[illegible]	2.035	11	1	1.871	8	2	7.947	53	6
Morbihan	2.036	3	2	2.109	1	1	2.192	1	[illegible]	3.560	1	1	3.698	»	1	13.595	6	10
Moselle	2.112	1	8	1.837	5	»	2.057	3	[illegible]	3 461	5	2	3.402	4	1	11.869	18	15
Nièvre	1.902	6	»	1.922	10	»	1.917	8	[illegible]	3.092	6	2	3.010	6	2	11.743	36	4
Nord	4.495	33	1	4.414	18	»	3.904	9	[illegible]	7.279	8	14	7.513	35	»	27.635	109	15
Oise	2.000	62	»	1.795	42	»	2.192	92	[illegible]	2.973	67	3	2.903	71	3	11.763	334	7
Orne	2.548	22	»	2.220	16	»	2.531	18	[illegible]	3.582	47	»	3.391	69	»	14.272	172	»
Pas-de-Calais	3 062	51	2	3.619	48	18	3.121	66	[illegible]	5.405	56	2	5.041	91	3	20.248	312	31
Puy-de-Dôme	3.554	2	2	3.087	»	»	3 033	1	[illegible]	4.632	»	2	4.816	»	5	19.172	3	9
Pyrénées (Basses-)	1.978	5	»	1.987	17	»	1.763	14	[illegible]	3.253	31	1	3.381	25	»	12 362	92	2
Pyrénées (Hautes-)	1.020	10	»	1.312	32	1	1.217	51	[illegible]	1.913	21	»	2.034	20	4	7 516	134	5
Pyrénées-Orientales	641	4	»	760	1	1	731	2	[illegible]	1.370	3	»	1.310	4	1	4.812	14	2
Rhin (Bas-)	2.675	18	»	2.324	5	»	2.447	9	[illegible]	4.240	10	4	4.553	7	2	16 239	49	10
Rhin (Haut-)	2.457	4	2	2.206	1	1	2.600	10	[illegible]	4.551	10	»	5.033	58	2	16.847	83	10
Rhône	1.979	3	2	2.092	2	1	1.891	1	[illegible]	3.269	4	2	3.414	»	3	12.645	40	8
Saône (Haute-)	1.439	5	2	1.515	21	»	1.306	13	[illegible]	2.363	12	»	2.561	8	»	9.484	60	3
Saône-et-Loire	2.883	1	3	3.294	7	1	3.088	3	10	4.600	4	3	4.649	8	5	18.514	23	13
Sarthe	3.026	27	7	3.008	13	6	2.712	4	[illegible]	3.657	26	»	3.347	14	5	15.750	84	28
Seine	3.585	8	4	3.645	10	1	3.866	17	[illegible]	6.782	24	»	7.057	25	»	24.935	84	8
Seine-Inférieure	4.004	208	3	3.548	230	»	3.726	267	[illegible]	5.440	260	4	5.704	244	2	22.392	1.209	9
Seine-et-Marne	1.294	13	»	1.424	6	14	1.561	18	[illegible]	2.522	4	8	2.298	»	17	9,099	41	43
Seine-et-Oise	1.627	18	1	1.722	29	»	1.699	30	[illegible]	2.893	63	1	2.858	60	2	10.799	200	4
Sèvres (Deux-)	1.528	»	1	1.442	1	5	1.436	»	[illegible]	2.443	»	1	2.488	»	2	9.307	1	9
Somme	2,788	31	»	2.624	84	2	2.919	156	[illegible]	4.084	157	1	4.471	140	»	16.886	568	3
Tarn	1.678	4	4	1.644	1	1	1.397	»	[illegible]	2.564	1	»	2.777	4	»	10 060	10	5
Tarn-et-Garonne	824	1	»	1.044	1	»	898	6	10	1.504	2	2	1.752	3	3	6 019	13	5
Var	1.268	28	2	1.205	2	14	1.444	4	[illegible]	1.926	5	4	1.875	15	2	7.708	54	32
Vaucluse	1.082	2	2	911	1	»	1.112	3	[illegible]	1.571	»	1	1.679	»	5	6.315	6	8
Vendée	1.919	12	»	1.998	29	1	1.706	11	[illegible]	2.846	14	1	2.946	10	6	11.515	76	8
Vienne	1.763	5	»	1.461	10	»	1.364	5	[illegible]	2.354	7	2	2.333	7	2	9.275	34	4
Vienne (Haute-)	1.715	14	»	1.927	18	8	1.973	21	[illegible]	2.767	6	1	2.741	14	1	11.423	73	10
Vosges	2.420	17	»	2.347	15	1	2.044	15	[illegible]	3.572	51	»	3.662	8	2	14.042	104	4
Yonne	1.395	6	»	1.366	13	2	1.419	8	[illegible]	2.527	25	»	2.582	29	»	9.289	81	7

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 29 Décembre 1885.

Présidence de M. Poinsot.

I. Conditions d'innocuité de l'anesthésie et de succès de l'opération pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote pur, par le Dr A. Aubeau (1). II. Présentation de nouveaux plâtres à usages dentaires, par M. Vallin. — Discussion. — III. Présentation d'appareils en aluminium coulé, par M. Horay. — Discussion. IV. Observation clinique, par M. Poinsot.

II. M. Poinsot. — MM. D'après mon invitation, M. Vallin a bien voulu travailler à nous assurer un plâtre plus dur que ceux que nous avons employé jusqu'ici. Les spécimens que nous allons vous soumettre vous montreront le progrès réalisé. Une petite modification dans le *modus faciendi* est à la vérité nécessaire pour l'emploi de l'un d'eux, mais cela ne compliquera pas, je pense, le travail du mécanicien. Du plâtre dur gardant malgré les manipulations du travail toute la finesse de l'empreinte primitive, toutes ses aspérités, c'est pour la parfaite exécution de nos appareils une condition de succès. Je crois que M. Vallin est arrivé à nous l'assurer. Ainsi j'ai pu pour une pièce en or faussée par le client l'emboutir sur le modèle. Ces plâtres acquièrent aussi un certain poids, c'est là aussi un petit avantage.

M. Vallin. — MM. Après les explications techniques et les paroles bienveillantes de M. Poinsot, il est presque superflu que j'ajoute d'autres paroles. J'ai apporté quelques échantillons et vous pourrez remarquer qu'en voulant les rayer avec l'ongle, ils sont plus durs que les plâtres qu'on vous fournit habituellement. J'ai appris que nombre de dentistes laissaient leur plâtre s'altérer en le plaçant dans des récipients mal bouchés ; c'est pourquoi j'ai adopté le système des seaux avec couvercle donnant une fermeture hermétique ; le plâtre pourra se conserver ainsi indéfiniment. Je puis à volonté fabriquer des plâtres prenant plus ou moins vite, mais la dureté et la solidité est en raison inverse de la rapidité de la prise, et mon plâtre-ciment qui devient très dur n'acquiert cette qualité qu'après un certain nombre d'heures.

M. Dubois. — Comme M. Poinsot et comme nous tous, je considère la dureté du plâtre comme un facteur important pour la parfaite exécution des appareils, et si vraiment M. Vallin peut nous fournir des plâtres durs, il nous rendra un grand service Toutefois il ne faudrait pas que la manipulation fût rendue trop difficile par leur emploi. M. Poinsot nous parle de bourrage à la main ; je lui demanderai si l'on a pas à redouter les vents plus que par la méthode ordinaire et si ce travail peut être confié aux mains de jeunes gens ?

(1). V. *Odontologie*, décembre 1885, p. 552 et janvier 1886, p. 8.

M. Poinsot. — Aux questions de M. Dubois, je répondrai que le bourrage à la main du plâtre dans les dépressions du modèle est à mes yeux plus facile et les vents sont par ce procédé moins à redouter.

Les spécimens de plâtre de M. Vallin sont examinés et trouvés plus durs que les plâtres ordinaires.

III. M. Horay. — MM. J'ai fait quelques essais pour obtenir des appareils en aluminium coulé et je viens vous les soumettre, ainsi que le procédé qui est excessivement simple. Je ne sais si les essais antérieurs dont on a entretenu la Société d'Odontologie sont différents de celui que j'ai appliqué. Vous jugerez si vous devez généraliser l'emploi de cette matière en vous servant de mon procédé ou de tout autre analogue. Les dents ajustées, montées sur de la cire comme pour le caoutchouc, je mets en moufle comme à l'ordinaire. Seulement au lieu d'employer le plâtre seul, je fais un composé plus réfractaire en ajoutant à mon plâtre un tiers de terre à mouler. Le moufle bien séché, j'enlève la cire, puis fais chauffer au rouge les deux parties du moufle dans un four. L'aluminium a été placé dans un creuset en plombagine, et lorsqu'il est liquide je le verse dans la partie inférieure du moufle et aussitôt, replace la contrepartie, puis je presse comme je le ferai avec une pièce en caoutchouc. Lorsque les deux parties sont bien jointes, que j'ai la conviction qu'il n'y a pas trop d'épaisseur, je laisse refroidir. Le résultat est sous vos yeux. Je pense qu'avec quelques perfectionnements nous pourrions utiliser plus souvent l'aluminium à cause de ses qualités de ductilité et de légèreté.

Les appareils sont examinés et trouvés parfaits par l'assemblée.

M. le Président. — Nous remercions M. Horay de son excellente communication.

M. le Dr Aguilhon de Sarran. — J'ai fait aussi des pièces en aluminium par un procédé analogue; au lieu d'ajouter de la terre à mouler au plâtre, j'y ajoutai du tripoli; j'obtenais ainsi un composé plus lisse, moins granuleux que celui de terre et plâtre tout en ayant des qualités absolument réfractaires et sans qu'on ait à redouter le retrait.

M. Poinsot. — MM. Je désire vous entretenir d'un malade que j'ai pu observer à la clinique Ce malade, un ouvrier, nous a dit souffrir depuis huit ans. Dans les premiers temps, ses souffrances furent intermittentes et ne se produisaient guère que toutes les six ou huit semaines. Les crises devinrent plus rapprochées, se manisfestant tous les quinze jours, puis enfin dans ces derniers temps, la douleur était, nous dit-il, en quelque sorte continue.

Ce sujet a au maxillaire supérieur deux racines qui sont tombées seules. A la mâchoire inférieure existe une grosse molaire cariée au deuxième degré avec complication.

L'extraction de cette dent est faite et nous trouvons un cément

transparent, une pulpe atrophiée et, chose assez rare, des canaux élargis comme chez un jeune sujet.

Depuis l'extraction de cette dent, cet ouvrier n'a plus ressenti aucune douleur.

L'ordre du jour étant épuisé et personne n'ayant plus de communication à faire, la séance est levée à 10 heures 45.

Le secrétaire des séances,

LEGRET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

I. *Ptomaines et microbes.* — II. *Rachitisme et syphilis.* III. *Adieux de M. Paul Bert.*

PTOMAINES ET MICROBES

Une discussion du plus haut intérêt vient de s'engager à l'Académie de médecine à la suite de la communication de M. Gautier sur les ptomaïnes. (Séances des 12-19 janvier.)

Voici ses conclusions : « A. Il se produit toujours au cours de » la putréfaction des tissus des animaux morts, un grand nombre » de substances alcaloïdes vénéneuses aux dépens des matières » albuminoïdes. B. Généralisant ses recherches, il observe aussi » d'une façon constante, dans les excrétions fournies par les ani- » maux vivants et en santé, des corps de la nature des ptomaïnes. » Il a montré que les alcaloïdes de l'urine de Liebricht et de Pou- » chet devaient être rangés à côté des alcaloïdes de la putréfac- » tion alors connus ; il a signalé des alcaloïdes semblables dans » la salive et les venins et leur a donné le nom de leucomaïnes » pour les distinguer des alcaloïdes cadavériques ».

Le corps humain produit donc par ses parties mortifiées, putréfiées des agents toxiques. De plus, à l'état normal il produit aussi des poisons qui heureusement sont éliminés par les émonctoires naturels et entraînés avec les matières excrémentielles, urine, sueur, air expiré, etc., ou brûlés, annihilés par l'oxygène. Que l'oxydation diminue, que la faculté de désassimilation se ralentisse, et l'on voit aussitôt augmenter la quantité de ces résidus à action nocive.

Les pathologistes qui luttent contre l'exagération de la théorie parasitaire ne pouvaient s'empêcher de tirer parti des recherches de M. Gautier, de là, l'intervention de M. Peter dans la séance du 2 février, il dit en substance : Le nombres des maladies d'origine parasitaire, par conséquent extérieure, ne doit pas s'étendre à nombre de perturbations vitales qu'on a rangé sous cette dépendance.

La médecine traditionnelle qui voyait dans les maladies un résultat de troubles et d'intoxication d'origine intime était dans la

vraie voie et même pour le choléra, les recherches de M. Kock sont aux yeux du savant académicien rien moins que démontrées. Après avoir affirmé que le choléra était engendré par le bacille virgule, il croit maintenant qu'il est dû à une ptomaïne produite par ce même bacille. Que d'hypothèses ! M. Gautier, fait mieux, il nous démontre des vérités en s'appuyant sur des preuves autrement convaincantes.

M. Gautier (Séance du 9 février). — Répond à M. Peter qu'il est heureux de son appui; pourtant il ne voudrait pas qu'on déduise de ses recherches la conséquence de la spontanéité de la maladie et qu'on diminuât l'influence du contage pour nombre de celles que les travaux de M. Pasteur et des microbiologistes ont constaté.

M. Léon Le Fort. — Ne nie pas l'action du microbe, sa puissance de contamination une fois formé, mais il pense aussi que l'organisme peut le fabriquer de toutes pièees.

M. Verneuil. — Croit à l'existence du microbe comme cause initiale, *sine qua non* de la plupart des maladies spécifiques; seulement il peut exister à l'état latent pour ne se développer, n'agir avec toute sa puissance nocive qu'à la suite d'influences occasionnelles favorables.

M. Trélat. — Partage l'opinion de M. Verneuil.

M. Peter. — Se rallie aux idées émises par M. Le Fort.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici que M. le professeur Poinsot signalait aux dentistes français, dans la séance de la Société d'Odontologie du 20 octobre 1885, c'est-à-dire antérieurement aux dates ci-dessus, toute l'importance des organes dentaires mortifiés comme producteurs de poisons, et les manifestations buccales des maladies par ralentissement de nutrition et par ralentissement de désassimilation.

Nous sommes heureux de constater que les recherches de M. Gautier viennent confirmer les idées exprimées par le vice-président de la Société d'Odontologie.

RACHITISME ET SYPHILIS

Le Dr Galliard vient de présenter à la Société clinique de Paris une observation décisive de rachitisme, sans qu'on puisse invoquer la syphilis héréditaire comme cause de l'affection.

Pourtant, un savant distingué, un médecin de l'Hôpital des Enfants. M. Parrot, avait cru pouvoir affirmer sans restrictions la syphilis héréditaire comme cause constante, unique, du rachitisme. Cela nous rend encore plus soupçonneux à l'égard d'une autre affirmation du même auteur qui prétendait voir dans l'érosion dentaire une manifestation de cette même syphilis (V. Congrès pour l'avancement des sciences, Reims 1880; Congrès international de Londres 1881).

Adieux de M. Paul Bert a l'Académie des sciences

Il demande à l'Académie de vouloir bien lui accorder un congé dont il ne peut préciser la durée, partant dans quelques jours pour aller occuper dans les lointaines régions de l'Indo-Chine les fonctions dont il a été chargé par le gouvernement.

Aussitôt que l'œuvre primordiale de pacification et d'organisation sera terminée ou du moins en bonne voie, dit-il, j'espère que les jeunes savants d'Occident tiendront à honneur de venir faire apprécier la supériorité de la science française par les lettrés de l'Extrême Orient. Je compte sur eux pour augmenter notre influence morale et aussi pour faire mieux connaître ce pays, sur beaucoup de points inexploré, pour en signaler les richesses, pour y servir d'introducteurs et de guides aux grandes industries européennes. Ils serviront ainsi à la fois et la France et la science : tâche enviable entre toutes.

En partant, M. Paul Bert ne veut garder, de tous ses titres d'Occident, qu'un seul, celui de membre de l'Institut de France.

Le directeur de l'Ecole dentaire de Paris et son secrétaire général ont à l'heure du départ présenté leurs félicitations au représentant de la France en Indo-Chine.

M. P. Bert a dans sa vie active secondé bien des œuvres généreuses. La nôtre fut de celles-là. Les dentistes français n'oublieront l'appui qu'il a bien voulu leur apporter, et parmi ceux qui font des vœux pour le succès de sa tentative patriotique, il n'en est pas de plus sincères et de plus ardents.

REVUE DES JOURNAUX

I. Relatian d'un cas de phlegmon grave développé au voisinage d'une dent cariée. II. Sur la pathogénie des kystes dits folliculaires des machoires. III. Tumeur d'origine dentaire.

RELATION D'UN CAS DE PHLEGMON GRAVE, développpé au voisinage d'une dent cariée et ayant nécessité la trachéeotomie, par Sudour, médecin aide-major.

Les affections dentaires, sous forme de périostite ou de fluxion, sont communément observées dans l'armée de notre région. Mais, si elle sont communes, elles se font aussi remarquer généralement par leur caractère de bénignité et n'entraînent qu'une indisponibilité passagère. Rarement elles nécessitent un traitement à l'infirmerie ; pendant les deux dernières années, trois de nos malades seulement sont entrés à l'infirmerie pour ce genre d'affecitons ; plus rarement encore elles déterminent l'admission aux hô-pitaux. Cependant, dans des cas tout à fait exceptionnels et sous l'influence de causes encore obscures, on les voitdevenir le point de départ de sérieuses

complications, s'entourer d'un cortège de symptômes vraiment formidables, et mettre la vie du malade endanger imminent.

A ce titre, l'observation que nous présentons aujourd'hui nous a paru intéressante et digne d'être reproduite :

Observation 1re. — M..., canonnier, conducteur au 3e régiment d'artillerie, est employé comme ordonnance d'un officier. C'est un homme robuste qui ne se souvient pas d'avoir jamais été sérieusement indisposé; mais, soit avant, soit depuis son incorporation, il a été sujet à des névralgies dentaires Voici dans quelles circonstances a débuté la maladie actuelle. Le 3 décembre, à la suite de nombreuses sorties en ville par un temps pluvieux, il a été pris, sur le soir, de vives douleurs au côté gauche de la mâchoire inférieure, de légers frissons et d'un peu de fièvre. Ces maux de dents ont continué toute la journée du 4, le lendemain 5, il se sentit mieux, mangea avec appétit et sortit comme d'habitude. Cependant, le 6 décembre, le cou devint un peu plus douloureux et il s'aperçut d'un léger gonflement au côté gauche de la mâchoire inférieure. Néanmoins, ce ne fut que le 7 décembre qu'il se présenta à la visite. A ce moment, la tuméfaction est encore assez limitée à la région sous-maxillaire gauche, et ce qui nous frappe surtout, c'est une certaine difficulté pour ouvrir la bouche du malade et faire l'examen de cette cavité. Il est possible toutefois de constater la rougeur inflammatoire dont l'arriere-gorge est le siège, et de prendre les notes suivantes sur l'état des dents. A la mâchoire supérieure toutes les dents sont saines.

En bas et à gauche la première petite molaire paraît saine sur sa face antérieure, mais elle est cariée et largment excavée sur la face postérieure. Cette dent, au dire du malade, occasionne de la douleur depuis cinq ou six ans. Le 2e petite molaire est saine ; la 1re grosse molaire est réduite à l'état de chicot ; la 2e grosse molaire est envahie par la carie et la couronne en est détruite; la dernière grosse molaire est également cariée.

En bas et du côté droit les petites molaires sont intactes; les trois autres molaires sont toutes plus ou moins cariées et surtout la première grosse molaire.

Les dents incisives et les canines sont saines.

Nous prescrivons un gargarisme au chlorate de potasse, des applications de pommade mercurielle et des cataplasmes.

Le 8 décembre, au moment de la visite du matin, les choses sont à peu près dans le même état avec cette différence que les régions sous-maxillaire et parotidienne du côté gauche commencent à être envahies. La langue est couverte d'un enduit saburral blanchâtre. Pouls, 96 ; température, 38°4,. Nous ne changeons rien au traitement mais nous recommandons une surveillance particulière de ce malade.

A 2 heures de l'après-midi ou vient nous chercher en nous disant que le malade éprouve des accès de suffocation. Nous constatons alors, avec un certain étonnement, que dans l'espace de quelques heures le gonflement des parties a presque doublé de volume et empiète même sur le côté droit : toute la région sus-hyoïdienne est très distendue. En même temps de nouveaux phénomènes se passent dans la cavité buccale. C'est un œdème considérable portant sur le plancher de la bouche, le tissu cellulaire sous-lingual et sur le voile du palais. Il y a là comme un bourrelet circulaire saillant formé par la muqueuse buccale œdématiée.

A la partie antérieure et inférieure les glandes sublinguales font un

relief très appréciable; au plan supérieur se trouve la langue qui sort entre les arcades dentaires : elle a son volume normal et elle est simplement soulevée par les parties sous-jacentes œdématiées. L'ouverture buccale est très diminuée, et l'exploration du fond de la gorge est très difficile.

A l'extérieur, sur les points tuméfiés, la peau est chaude, rose, infiltrée; mais il n'y a nulle part de véritable fluctuation. Un endroit cependant nous semble légèrement fluctuant au niveau de la région sus-hyoïdienne, à quelques millimètres au-dessus du corps de l'os hyoïde; et, sachant d'ailleurs qu'il est prescrit d'ouvrir de bonne heure en pareille circonstance, nous faisons là une incision de 15 millimètres. Couche par couche, nous arrivons jusqu'à l'aponévrose que nous débridons, mais il ne s'écoule que du sang. L'état de notre malade est jugé grave ; son pouls est fréquent, sa respiration est accélérée et entrecoupée parfois de râles bruyants. Nous le faisons entrer d'urgence à l'hôpital où il est reçu dans le service de M. le médecin-major de 1re classe Klée, qui prescrit immédiatement 15 sangsues sur le côté gauche du cou. A ce moment : pouls, 104 ; température, 39°,7; respiration, 36 à la minute.

9 décembre, matin. — Le côté gauche est presque entièrement dégorgé et a repris à peu près son aspect normal ; mais la congestion s'est portée sur le côté droit et a dépassé de beaucoup les proportions qu'elle avait hier: les régions sous-maxillaires, parotidienne, et la moitié de la joue forment une saillie notable. La peau est rouge, luisante, tendue. On y sent une fine crépitation, et, en pressant sur ces parties, on voit sourdre par les lèvres de l'incision de la région sus-hyoïdienne quelques gouttes de pus blanchâtre, mal lié et mélangé de bulles d'air. Même état des tissus dans la cavité buccale; la respiration s'accomplit assez librement.

Pouls, 96; respiration, 20; température, 39°,1. Application de 12 sangsues sur le côté droit du cou et à l'angle de la mâchoire.

Le soir, à 4 heures, nous constatons que la tuméfaction gagnant de proche en proche s'est étendue à toute la joue et à la paupière supérieure qui est devenue très volumineuse, et ferme complètement l'orifice palpébral. Toute la région génienne est très tendue ; cinq ou six ponctions faites en cet endroit laissent couler un liquide sanieux, jaunâtre, mélange de gaz. De même la tension des tissus est devenue excessive dans la région sus-hyoïdienne tandis que la région sous-hyoïdienne est respectée. L'œdème a augmenté dans la bouche; les arcades dentaires sont rapprochées, l'orifice buccal est complètement obturé par la langue qui est soulevée en avant et en arrière et appliquée contre la voûte du palais. La respiration est pénible, anxieuse, accompagnée d'un sifflement prononcé à l'inspiration; les côtes sont fortement soulevées par les contractions des muscles inspirateurs.

A 7 heures, ces symptômes alarmants ne se sont pas modifiés; il y a par intervalles de véritables accès pendant lesquels le malade, assis sur son séant, est sur le point de suffoquer.

Pouls, 120; températuré, 40°,2; respiration, 60.

L'asphyxie étant imminente, l'opération de la trachéotomie s'impose et elle est décidée sur-le-champ. Elle est pratiquée à 7 heures et demie par M. le médecin-major Klée, en présence et avec l'aide de deux confrères civils, MM. les docteurs Sicard et Calvet, et de MM. Massonnaud et Sudour, médecins aide major de 1re classe.

L'opération, qui fut d'ailleurs conduite avec beaucoup de prudence et d'habileté, dura un quart d'heure; elle se passa régulièrement sans

autre incident qu'une hémorrhagie en nappe fournie par les plexus veineux thyroïdiens qu'il fut impossible d'écarter. Cette hémorrhagie rendit assez laborieuse la dénudation de la trachée. Enfin la canule fut introduite, et le patient, qui avait bravement supporté l'opération, fut désormais à l'abri de l'asphyxie. Une certaine amélioration ne tarda pas à se manifester; et quand, le pansement achevé, nous laissâmes le malade, le pouls était à 108 et la respiration était tombée à 24.

10 décembre. — Cependant, le lendemain, nous apprenons que la nuit a été mauvaise; l'irritation produite par la canule a provoqué la toux; la soif a été assez vive. Ce matin, l'opéré est très calme et s'intéresse à tout ce qui se passe autour de lui.

(Les suites de l'opération furent relativement heureuses, quoique pendant les premiers jours l'état local et général du malade ait donné lieu à des inquiétudes graves. Nous ne reproduisons que les faits saillants de cette période.)

11 décembre. — Le malade n'a pas dormi; durant la nuit, en proie au délire, il cherchait à sortir de son lit, se débattant contre les infirmiers.

14 décembre. — Il y a toujours tuméfaction à la paupière inférieure nécessitant des scarifications.

15 décembre. — Une ouverture spontanée s'est faite à la paupière inférieure sur sa face interne et à l'angle externe de l'œil. Le malade a beaucoup souffert au côté gauche de la bouche et n'a pu dormir. Nous voyons, en effet, à gauche, au niveau du maxillaire inférieur, un empâtement diffus avec coloration et chaleur à la peau limite en dedans par la ligne médiane du menton, en dehors par l'angle de la mâchoire et le rebord interne du muscle masseter. Le soir, la fluxion s'étend à la joue et à la région palpébrale. Dans la cavité buccale et dans l'espace compris entre la première molaire et la joue, existe une tumeur molle, fluctuante. Une incision est faite avec la lancette sur cette tumeur; il s'écoule environ une cuillerée à soupe de pus assez épais, de bonne nature. Du côté opposé l'inflammation s'éteint graduellement; par un des orifices fistuleux on retire des lambeaux de tissu cellulaire gangrené.

16 décembre. — L'abcès est en voie de résolution et le pus s'écoule avec la salive. Les mouvements limités d'écartement de la mâchoire ne permettent encore que difficilement l'examen de l'arrière-gorge; quelques plaques de muguet sur les pilliers et la luette. Le malade commence à parler plus distinctement; on enlève du tissu cellulaire mortifié dans le trajet du drain inférieur.

2 janvier 1882. — Le malade peut être considéré comme convalescent; toutes les plaies sont fermées. On remarque quatre cicatrices entre l'os molaire et le bord du maxillaire inférieur. Deux autres cicatrices, petites, déprimées, se voient à cinq millimètres au-dessus de l'os hyoïde.

Sorti de l'hôpital. Un mois après l'induration persistait dans tous les tissus qui avaient été envahis par la maladie. La raideur des mâchoires est lente à disparaitre, elle gêne beaucoup la mastication.

Trois mois après nous constations que la nutrition de M... s'opère avec difficulté par suite de la contracture des masseters et de l'étroitesse de la bouche, qui permet difficilement le passage d'un doigt.

Au cou, cicatrice adhérente à la trachée et creusée en godet. Le sujet est déformé.

Cette observation suscite à l'auteur les réflexions suivantes :

Réflexions. — En examinant d'une manière attentive les faits contenus dans cette observation, on verra que l'affection peu ordinaire, dont il nous a été donné de suivre le développement, a débuté au côté gauche de la mâchoire inférieure, et au niveau de la première molaire. D'abord limitée au périoste alvéolo-dentaire, l'inflammation gagne la région sous-maxillaire où elle s'étale sous forme de phlegmon. En quelques heures les régions sus-hyoïdienne, sous-angulaire et parotidienne du côté gauche deviennent le siège d'un empâtement diffus avec coloration et chaleur de la peau, tandis qu'un œdème considérable occupe le plancher de de la bouche, l'arrière-gorge et le tissu cellulaire sous-lingual. Le côté droit était encore indemne, lorsqu'à la suite d'une application de quinze sangsues à gauche nous vîmes se produire un phénomène bizarre de métastase. La maladie parut abandonner momentanément le côté gauche pour se porter à droite, et brusquement, du soir au lendemain, le phlegmon atteignit, à droite, les mêmes positions qu'il occupait primitivement à gauche, et, de plus, toute la joue. Il semblait même qu'il eût pris, en se déplaçant, un caractère plus grave, car nous percevions maintenant par la palpation, une crépitation fine, emphysémateuse, qui nous révélait la présence de gaz dans le tissu cellulaire. Pendant ce temps, les désordres du côté de la cavité buccale et du plancher de la bouche s'étaient accentués, et nous avions devant nos yeux tous les signes d'un œdème de la glotte, lorsque l'opération de la trachéotomie fut décidée et pratiquée. Nul doute qu'elle ne fût pas parfaitement indiquée? Quelle autre ressource, en effet, aurions-nous eue à notre disposition?

Cependant, si l'opération avait rétabli la fonction respiratoire au moment menacé, elle n'avait pas enrayé la marche du phlegmon qui se manifesta encore par des symptômes alarmants, tels que suppuration ichoreuse, fétide, mélangée de gaz, menacé d'infection purulente, délire nocturne. En outre, le foyer d'inflammation qui couvait à gauche, autour des molaires de la mâchoire inférieure, se ralluma au fur et à mesure que le mal rétrocédait à droite, donnant ainsi lieu à une nouvelle explosion de phénomènes morbides.

Il y a lieu aussi, pour compléter cet exposé étiologique, de tenir compte de la constitution médicale régnante, et il ne sera peut-être pas inutile de faire remarquer ici que les affections dentaires ont été fréquentes pendant le mois de décembre 1881, tant dans la population militaire que dans la population civile de Castres; plusieurs ont eu une durée insolite et se sont terminés par suppuration. Enfin, à peu près vers la même époque, quelques cas de fièvre typhoïde, d'érysipèle et de rougeole se sont manifestés dans la garnison.

Le succès qui a été obtenu chez ce malade a été certainement très satisfaisant, vu la gravité du cas, et a même dépassé notre attente. Cependant nous devons reconnaître que la guérison n'a

pas été totale et que la maladie a entraîné les conséquences suivantes :

1° Un certain degré de rétrécissement de l'orifice buccal ;

2° Une cicatrice adhérente de la peau au niveau de la trachée.

Le rétrécissement des dimensions de la bouche peut être observé comme complication des phlegmons diffus de la face. Il relève ordinairement d'une contracture des muscles masticateurs sous l'action du tissus de cicatrice développé pendant la durée de l'affection. Il est possible que ce resserrement des mâchoires ne soit pas permanent, et nous croyons qu'il serait peut-être modifié avantageusement par des frictions, des massages journaliers, surtout par des manœuvres d'écartement progressives et longtemps continuées.

En résumé, les faits que nous venons d'exposer nous permettent de conclure :

Qu'un phlegmon généralisé consécutif à une carie dentaire, peut devenir, dans des cas heureusement assez rares, une complication des plus sérieuses.

Il peut, en effet, envahir rapidement le plancher de la bouche, l'orifice supérieur du larynx et déterminer l'œdème des replis aryténo-épiglottiques.

Le patient est alors voué à une mort certaine, si l'on n'intervient par la trachéotomie.

(*Arch. de Méd. et de pharm. milit.* 16 *nov.* 1885, *p.* 404.)

Ce cas grave n'est pas unique, nous publierons dans le prochain numéro une autre observation d'affection d'origine dentaire, dont la conséquence fut la mort du sujet.

Nous en profiterons pour signaler à qui de droit les lacunes de l'enseignement des médecins militaires sur ce point spécial, ainsi que les réformes qui pourraient assurer aux soldats le traitement d'affections relativement fréquentes dans l'armée, et qui trop souvent amènent des complications par manque d'intervention en temps opportun.

P. D.

SUR LA PATHOGÉNIE DES KYSTES DITS FOLLICULAIRES DES MACHOIRES, par M. MALASSEZ. — On a réuni, sous le nom de kystes folliculaires des mâchoires trois sortes de kystes d'aspect assez différent : 1° ceux contenant des dents à peu près complètement développées, lesquelles font saillie à l'intérieur de la cavité : ce sont les kystes dentaires proprement dits ou kystes dentifères; 2° ceux ne renfermant que des fragments de tissu dentaire : kystes uniloculaires, kystes de la période embryoplastique (Broca).

On connaît la très ingénieuse théorie pathogénique de Broca (1). Les kystes dentifères se seraient développés dans l'organe de l'émail une fois la couronne dentaire complètement formée; les

(1) Broca. Traité des tumeurs, 1869, T. II. Note p. 35.

kystes odontoplastiques, pendant que la dent était en voie de formiation; les kystes embryoplastiques, avant que tout travail dentaire soit commencé. Cette théorie, si séduisante au premier abord explique malheureusement fort mal un certain nombre de faits, elle est même en contradiction avec beaucoup d'entre eux, tels sont par exemple, les cas semblables à celui de Rémy-Duret (1) dans lesquels la dent se trouve séparée de la cavité kystique par une couche de tissu conjonctif; tels sont encore d'une façon générale tous les kystes odontoplastiques dans lesquels, au dire de M. Broca lui-même, les fragments dentaires se trouvent toujours en dehors de la cavité. Or avec la cavité folliculaire, les dents ou fragments de dents devraient toujours être en rapport avec la cavité kystique pour qu'il n'existe pas de tissu conjonctif entre l'organe de l'émail et la dent correspondante.

Inutile d'exposer et de réfuter les autres théories qui ont encore été émises sur se sujet; elles ne sont pas meilleures que la précédente et n'ont pas eu autant de succès; je le fais d'ailleurs dans un mémoire plus complet en cours de publication.

L'examen histologique d'un certain nombre de pièces m'ayant montré : 1° que ces kystes étaient des néoformations de nature épithéliale; 2° qu'ils naissaient parfois dans la profondeur des mâchoires et ne pouvaient provenir de la muqueuse gingivale; j'ai été conduit à penser qu'ils pouvaient avoir pour point de départ, ainsi que je l'ai supposé pour les prétendus kystes périostiques des maxillaires (2) de ces amas épithéliaux que j'ai trouvés autour de la racine des dents que j'ai décrits sous le nom de «débris épithéliaux paradentaires» (3).

Cette transformation est probablement toujours précédée d'une hypertrophie du ou des débris affectés, ainsi que j'ai pu le constater dans les kystes radiculo-dentaires. La cavité kystique se produirait alors dans ce débris hypertrophié soit par vacuolisation intercellulaire, soit par dégénérescence cellulaire, comme on peut les voir dans les kystes multiloculaires où il est plus facile de suivre pas à pas le processus; puis, autour de ces parties vacuolisées ou dégénérées, les cellules épithéliales s'aplatiraient et formeraient les couches superficielles du revêtement épithélial. D'autres fois, l'épithélium se disposerait d'emblé en revêtement sans vacuolisation ou dégénérescence préalables.

Si un tel kyste se produit au contact immédiat d'une racine dentaire on aura, comme je l'ai déjà dit, un kyste dit périostique, tandis que s'il se produit à une distance un peu plus grande, ce sera un cas analogue à ceux de Vitalis et de Mikuliez (4).

Que si le kyste se développe au voisinage d'une dent incluse, peu importe qu'elle soit temporaire, permanente ou surnuméraire;

---

(1) Remy. Soc. Anat. 30 Mai 1873, T. XLVIII. P. 401.
Duret. Soc. Anat. 16 Octobre 1874, T. XLIX. P. 686.
(2) Société de Biologie, 29 Mars 1884. P. 176-184.
(3) — 19 Avril 1884.
(4) Vitalis. Soc. Anat. 1858. T. XXXIII. P. 326.

que le kyste soit cause ou effet de l'inclusion dentaire, il se produira un kyste dentifère. Et si la dent ne perce la paroi kystique, ce sera un cas analogue à celui de Rémy-Duret, cas que la théorie folliculaire ne pouvait expliquer; tandis que si elle la perce, on aura le kyste dentifère ordinaire, la dent se comportant vis-à-vis de la muqueuse gingivale, si elle avait pu sortir en dehors.

Supposons maintenant que la dent incluse, au lieu d'être complètement formée, soit en voie de formation ou ait été arrêtée dans son développement, on obtiendra un kyste odontoplastique, et il sera tout naturel que dans ces conditions les fragments dentaires n'aient pu traverser la paroi kystique, est-ce que les dents normales sortent des gencives avant que leur couronne soit complètement achevée?

Si enfin le kyste paradentaire se développe indépendamment de toute racine dentaire comme de toute dent incluse (il faut se rappeler qu'il existe des débris paradentaires en dehors du ligament alvéolo-dentaire jusque dans les espaces médullaires voisins) ce sera un kyste uniloculaire simple, le prétendu kyste de la période embryoplastique de Broca.

Les cas de Rémy-Duret, ainsi que ceux de Vitalis et de Mikuliez pourraient être considérés comme des formes intermédiaires; le premier entre les kystes uniloculaires et les dentifères, les deux autres entre ces mêmes kystes et les radiculo-dentaires.

Ainsi donc, tous les kystes dentaires : les radiculo-dentaires ou périostiques, les dentifères, les odontoplastiques, les uniloculaires simples ou embryoplastiques résulteraient tous d'un même processus néoformatif et leurs différences tiendraient uniquement aux différences de siège des débris paradentaires qui leur ont donné naissance, par rapport au système dentaire.

Quant aux kystes multiloculaires que plusieurs personnes ont considérés également comme étant d'origine folliculaire, ils s'expliquent bien plus facilement en admettant qu'il y a entre eux et les précédents les mêmes rapports qu'entre les kystes multiloculaires et uniloculaires de l'ovaire; qu'ils dérivent donc soit directement des débris épithéliaux paradentaires, soit indirectement, par suite de la transformation d'un kyste uniloculaire en multiloculaire. Les cas bien connus du Guibout (1) et de Herbert, d'Amiens (2) sont des exemples de transformation de kyste dentifère en kyste multiloculaire.

J'ajouterai que cette théorie rend compte des récidives et des prétendues dégénérescences épithéliales ou cancéreuses que peuvent présenter ces kystes; car elle les fait rentrer dans le groupe des kystes par néoformation épithéliale, où ces phénomènes sont chose relativement fréquente.

(*Journal des connaissances médicales.*)

---

(1) Guibout. Union Méd. 1847. P. 447 454-457-469.
(2) Soc. chirurg. 1878. P. 410.

TUMEUR D'ORIGINE DENTAIRE. — *M. Duret* présente une tumeur d'origine dentaire dont il a eu récemment à faire l'ablation dans son service. L'intérêt de ce cas est surtout au point de vue des études qui se poursuivent en ce moment sur les rapports entre les tumeurs de la mâchoire et l'évolution des dents. Pour le fait actuel, je crois pouvoir affirmer que le point de départ ne fut ni intra-osseux ni périostique, mais qu'il s'agit bien d'un néoplasme lié au développement de la dent de sagesse. Des kystes ayant cette origine dentaire ne sont pas rares; mais ce qui rend cette observation plus intéressante, c'est qu'il s'agit d'une tumeur non enkystée, mais diffuse, probablement de nature sarcomateuse, et que la dent de sagesse autour de laquelle elle s'est développée était placée en extopie sur la surface externe de la mâchoire, à une certaine distance de l'angle.

Pour résumer l'observation, la malade, une jeune fille de vingt-trois ans, a commencé à souffrir il y a un an; il y a huit mois que la tumeur apparut au niveau du bord antérieur du masséter, avec la grosseur d'une noisette. Il y a trois mois elle avait atteint le volume d'une grosse noix, mais était indolore. Vous voyez qu'au moment de l'ablation la tumeur était grosse à peu près comme un œuf. Dure de consistance, plutôt cartilagineuse qu'osseuse, elle faisait corps avec le maxillaire, dont je dus faire sauter la table externe pour extirper sa base. Voulant alors faire le curage du point d'implantation, je découvris entre les deux tables de l'os la dent de sagesse coiffée d'un chapeau chondro-sarcomateux, prolongement de la masse principale de néoplasme et sans doute son point de départ.

La dent enlevée, les parois du follicule grattées, la table interne se trouvait tellement amincie qu'elle se fractura, et je dus réséquer un segment du maxillaire, laissant en haut le condyle et l'apophyse coronoïde, et, en bas, faisant passer le trait de scie derrière la dernière grosse molaire; trois ou quatre ganglions, dont un assez volumineux, au niveau de la glande sous-maxillaire, furent enlevés.

La réparation se fit rapidement et sans incident; seulement l'action du masséter tend à dévier aujourd'hui le menton de la ligne médiane, de sorte que les arcades dentaires ne se correspondent plus exactement, Si nous ne parvenons pas à y remédier par un appareil prothétique, une facile opération sur le masséter rétablira la symétrie.

M. V. Faucon ne voit rien qui démontre une connexion génétique réelle entre la tumeur et la dent, et serait plutôt disposé à admettre entre le développement des deux une simple concomitance.

M. Duret rattache au contraire la genèse du néoplasme à l'évolution de la dent, en faisant remarquer : 1° que c'est au périoste même attenant à la dent que le tissu morbide adhère; 2° que ce tissu envoie un prolongement qui occupe la place normale de la dent de sagesse; 3° et enfin que, pour ainsi dire, toutes les tu-

meurs angulaires observées paraissent d'origine dentaire. Il est vrai qu'il s'agit en général, dans ces cas, de kystes, et qu'ici le néoplasme est diffus, mais c'est ce qui donne peut-être au fait son principal intérêt.

(*Société des Sciences médicales de Lille. Séance du 18 novembre 1885.— Jonrnal des Sciences Médicales de Lille, 5 Janv. 1886. P. 11.*)

REVUE DE THERAPEUTIQUE

MIXTURE IODOFORMÉE

Essence de girofle.............................. 5 gr.
Iodoforme à saturation.

L'huile volatile de girofle dissout 8 pour cent d'iodoforme et en masque le goût.

Pour imbiber les mèches devant rester plusieurs jours dans les canaux dentaires déjà presque désinfectés, et dans ceux dont les nerfs ont été extirpés. Il est bon de recouvrir d'une obturation provisoire. Ainsi, ces mèches peuvent rester une et même plusieurs semaines sans perdre leurs propriétés.

NOUVELLE POUDRE A L'IODOFORME

M. Robert Park recommande un mélange, à parties égales, d'iodoforme et de *white peat*, additionnés d'une petite quantité d'huile d'eucalyptus. Le *white peat* est une sorte de terre siliceuse qu'on peut purifier par la calcination ; on obtient ainsi une poudre blanche très légère, absorbante et antiseptique, utile surtout pour les insufflations.

DE L'IODOFORME DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE

M. Simoncini fait sur ce sujet une communication dans laquelle il rapporte des faits déjà connus. La discussion qui a suivi cette communication présente seule quelque intérêt.

M. Cecchereli rapporte un cas de méningite aiguë diffuse qu'il attribue â un empoisonnement par l'iodoforme, à la suite d'un évidement pour tuberculose du calcanéum.

M. Caselli a vu deux cas d'empoisonnement, l'un à la suite d'une plaie à la main, l'autre après une amputation du col utérin ; les deux malades présentèrent des phénomènes de surexcitation et succombèrent lentement au marasme.

M. Cieci a vu un empoisonnement, heureusement dissipé, consécutif à l'emploi de moins d'un demi-gramme d'iodoforme. Il fait remarquer que cet accident ne dépend pas de la quantité de l'agent médicamenteux, mais de la fréquence du renouvellement du pansement.

M. Ferrari a fait beaucoup d'expériences sur des liquides putrescibles (urine) et sur la viande fraîche, et il a reconnu que l'iodoforme à 5 o/o ou à 50 o/o n'exerce aucune influence sur les phénomènes de putréfaction ; il faut chercher la raison de son action antiseptique ailleurs, dans uue autre propriété inconnue encore de cette substance.

Ces expériences avaient été faites autrefois et avec le même résultat par Bottini.

Tous ces faits semblent à *M. Tassi* une complète confirmation de sa manière de voir, d'après laquelle l'iodoforme agit mécaniquement et non antiseptiquement.

(Sem. médic.)

POMMADE ET SOLUTION A L'IODOL

L'iodol, découvert par MM. Silber et Ciamician, a été essayé à la clinique chirurgicale de Rome par M. le docteur Gaetano Mazzoni. Notre confrère italien place ce nouvel antiseptique bien au-dessus de l'iodoforme, dont il n'a pas l'odeur désagréable ni les propriétés toxiques. L'iodol jouit, en effet, de propriétés antiseptiques puissantes ; en outre, il anesthésie le point où il est appliqué et favorise la cicatrisation des plaies.

L'iodol peut être employé en poudre fine, en pommade avec la vaseline, ou en solution alcoolique suivant la formule ci-dessous :

Iodol	3	grammes.
Alcool..................	35	—
Glycérine..............	65	—

Mêlez. — Usage externe.

(Sem. médic.)

SIROP DE DENTITION

Chlorhydrate de cocaïne....	0.15 gr
Sirop de safran.............	8

Faire des frictions sur les gencives pour calmer le prurit dentaire.

SAVON ANTISEPTIQUE

Acide borique........................	15	grammes.
Crème de savon des parfumeurs.......	90	—

Mêlez intimement.

Ce savon peut servir pour se laver les mains avant de pratiquer une opération chirurgicale ; pour enduire les instruments de chirurgie pour qu'ils ne se rouillent pas (Helot de Rouen in concours médical).

TRAITEMENT DU HOQUET

Voici une manière de traiter le hoquet fort employée au Brésil, dit le docteur Manoel Bramos, dans une lettre adressee à M. le docteur Dujardin-Beaumetz et reproduite dans le *Bulletin de thérapeutique.*

« J'ai l'honneur de vous communiquer un moyen facile, simple et très populaire au Brésil, de guérir le hoquet. Je parle de la réfrigération du lobule de l'oreille, réfrigération qu'on peut faire avec de l'eau, ou même avec de la salive.

« Ne pourrait-on expliquer ce traitement par une action réflexe partant des nerfs du pavillon de l'oreille? »

LA PAILLE DANS L'ŒIL DU VOISIN

Il faut croire que les dentistes ont de par le monde nombre d'ennemis emplumés, si nous en croyons les différents articles qu'on leur a consacré ces derniers temps dans plnsieurs journaux politiques et médicaux. Les calomnies, les interprétations malveillantes ne leur ont pas manqué. Même quand elles sont spirituelles elles justifient la riposte et les représailles. Nos censeurs reconnaîtront avec nous que les dentistes ne peuvent perpétuellement servir de tête de turc à qui veut essayer son poing et son adresse sans qu'ils rappellent qu'après tout, si leur œil est obscurci par un fétu de paille, combien de leurs critiques auraient besoin de s'examiner. Ceci dit nous donnons la parole à un des derniers attaqués.

A Monsieur Simplissime,

M. H... remercie Simplissime de l'avoir tiré de l'oubli en lu lançant une bordée de son éloquence abracadabrante.

En effet, dans une critique des dentistes en général on lit plus particulièrement dans le feuilleton de l'*Union Médicale* du 6 février dernier les lignes suivantes :

Devinette : *Un confrère rusé, fin, M. H... se revèlle d'un mot, il fait suivre son nom, son simple nom d'un mot cabalistique « Odontotechnie » et c'est tout, cherchez ce qu'il fait après cette énigme née d'une extraction de racines... grecques, car entre nous ce doit être du grec, nous pourrons faire une citation française :*

Enfin Malherbe vint, qui, le premier en France
D'un mot mis à sa place enseigna le pouvoir.

M. H... désirerait bien connaître l'esprit auquel a obéi le médium écrivain Simplissime; il est évident qu'un médium, quel qu'il soit ne saurait trouver à lui tout seul de pareilles perles; c'est le cas où jamais de répéter : On a souvent besoin d'un plus petit que soi.

Après une critique générale vous voulez bien me prendre à parti et me dire mon fait. Vous n'êtes pas satisfait de lire sur ma carte: Odontotechnie; vous tournez et retournez le mot ne sachant ni comment ni par où commencer l'attaque, enfin, de guerre lasse vous déclarez le mot cabalistique extrait de racines... grecques et, en insistant, vous ajoutez: il doit y avoir du grec là dedans.

Simplissime, vous n'y allez pas de main morte; vous m'accusez tout simplement de tricher en employant des moyens grecs, vous dépassez ainsi les bornes de la plaisanterie, car enfin, ne vous en déplaise, je ne puis pourtant pas vous donner le conseil de faire des recherches jusque dans la bibliothèque médicale de nos facultés pour trouver l'interprétation du mot employé.

Simplissime, vous avez commis une mauvaise action en obéis-

sant mécaniquement à une influence qui, pour tant qu'elle soit puissante, n'en est pas moins répréhensible.

Il vous sied mal de nous qualifier d'utiles auxiliaires, de nous faire patte de velours pour, en employant le ridicule, nous faire de cruelles blessures.

Le ridicule a été dans le temps le seul obstacle aux progrès de notre art, et c'est faire œvvre de patriotisme et surtout d'humanité de le faire cesser au plus tôt.

Simplissime, où votre mauvaise action devient plus inqualifiable, c'est que vous faite le jeu des docteurs au détriment des dentistes; vous devez être docteur vous-même et fort mécontent que des progrès se réalisent, que de bons cabinets se forment en dehors de votre groupe.

Ne croyez-vous pas qu'il serait plus honnête de parodier Tartuffe en disant : Dentiste, « *la maison est à moi, c'est à vous d'en sortir.* »

Possession vaut titre, et si plusieurs de mes collègues ne se contentent pas de la possession et veulent titre, c'est parce que pas mal de titrés veulent des possessions sans préparation.

D'après un auteur que vous citez, Desbarolles, je ne dois pas vous ranger dans la catégorie des intéressés; si vous avez eu l'idée de notre maison, vous ne l'avez pas eu bien longtemps: votre préfée rence vous porte naturellement à déchiffrer des enigmes comm- celle d'Odontotechnie.

Je termine en vous donnant l'assurance que sans beaucoup de peine, vous arriverez à un résultat satisfaisant.

H.

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. DUBOIS

De la tuberculose de la voute palatine, par M. J. Hermantier. (*Th. de Paris*, 1886.)

Tout en étudiant sommairement les manifestations de la tuberculose dans la cavité buccale, l'auteur signale sa localisation assez fréquente à la voute palatine, localisation passée inaperçue avant ces dernières années.

Les recherches de M. Trélat avaient établi la forme de début de l'ulcération tuberculeuse dans la bouche. (*On trouve sur la muqueuse une plaque à peine saillante, ronde, large de un à trois milimètres, laissant voir à sa surface, recouverte encore d'épithelium, un on plusieurs orifices folliculaires. Cette tache est d'une couleur jaune claire, analogue à celle du pus phlegmoneux. Au bout de peu de jours l'épithelium se détruit et bientôt laisse a nu une surface ulcérée. Au lieu d'une tache on en observe plusieurs à différents degrés de leur évolution.*) Ces ulcérations pourraient se confondre avec les ulcérations syphilitiques, surtout avec les gommes de la période tertiaire. On les en dis-

tinguera par l'étendue, la forme, le siège, qui se différencient, ainsi que par les commémoratifs, l'auscultation. Pour M. Hermandier comme pour nombre de pathologistes, la scrofule se confond avec la tuberculose et il ne voit pas dans leurs manifestations buccales rien qui puisse les distinguer.

La tuberculose buccale est le plus souvent une manifesta-tion tardive de la maladie, et l'on comprendra que le traitement local seul est absolument inefficace.

Nous ajouterons : les désordres dentaires qui résultent de cette diathèse sont parfois fort graves. Dans les observations citées on relate l'ébranlement de plusieurs et parfois de presque toutes les dents. La constatation, le soupçon de la tuberculose commandent la prudence au dentiste ; l'hygiène buccale est, dans ces cas, plus nécessaire que jamais ; la suppression de toute cause d'irritation traumatique est indiquée : tartre, bords déchiquetés de racines, pièces de prothèse défectueuses. On n'oubliera pas non plus que chez ces malades la réparation est lente, difficile, et on en tiendra compte en épargnant le plus possible les opérations sanglantes, si faibles soient-elles.

Contrtbution à l'étude de l'épulis, gar F. A. Philippeau.
(*Th. de Paris* 1886)

L'auteur conserve cette dénomination aux tumeurs bénignes du bord alvéolaire quand elles n'ont pas donné lieu à la dégénérescence carcinomateuse, à l'envahissement des ganglions. La tumeur à myéloploxes en est la forme principale. Il les distingue des ostéo sarcomes qui ont pris naissance dans l'épaisseur même du maxillaire, et recommande l'extirpation complète, large de la tumeur, afin d'éviter les récidives.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885-86)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MEMOIRES, ARTICLES, PUBLIES EN FRANÇAIS

Galippe. — Notes sur le système dentaire du supplicié, C. In-8°, 16 p. Masson.

Andrieu. — Leçons cliniques sur les maladies des dents. In-8°, 250 pages. Doin.

Maisonneuve. — La Lumière électrique et ses Applications. In-8°, 160 p. 48 fig. Bernard et Cᵉ.

Trouessart (E. L.). — Les Microbes, les Ferments et les Moisissures. In-8°, 306 p. Paris, imp. Chamerot. Lib. Alcan. 6 fr. (13 novembre) 11429. Bibliothèque scientifique internationale.

Lagneau. — Des Anesthésiques chirurgicaux dans l'antiquité et le moyen âge (imp. nationale). Extr. des comptes rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles Lettres.

Rémignon. — De la Grenoullette congénitale par dilatation du canal de Warthom imperforé. In-4°, 46 p. Ollier-Henry, Paris.

Encyclopédie internationale de chirurgie, t. V : tête, yeux, oreilles, bouche, face, nez, dents par C. B. *Nancrede, Fred, Trèves, Masselon,*

P. Guerder, G. Lefferts, Gérard, Marchant, Ch. Heath, E. Brasseur.

Mabille (H.) — Note sur quelques cas de sialorrhée d'origine nerveuse. (*Ann. méd. psych.*, sept.)

Sejournet. — Du Rôle de la dentition dans la pathologie infantile avec 5 tableaux statistiques (Mémoire couronné par l'Académie de médecine). Steinheil.

Arloing. — Sur quelques points de l'action physiologique de la cocaïne. In-8°, 19 p. Lyon, imp. Pitrat.

Bourguet. — De l'Action des cautérisations prolongées et variées dans les récidives des tumeurs. In-8°, 43 p. Imp. Davy. Paris.

Dalphin (H.) — Etude de l'action physiologique de la cocaïne et en partieulier de son action sur l'appareil circulatoire. Th. de Lyon.

De Lacaze Duthiers. — Présentation à l'Académie des sciences d'appareils d'éclairage électrique pour les travaux des naturalistes, chimistes, micrographes, etc. ; construits par M. G. Trouvé, broch. in-4°. Gauthiers-Villars.

Giraud (G). — De la densité des os rachitiques. (*Lyon médic.* 11 oct.)

Bizzozero et *Ch. Firket.* — Manuel de microscopie clinique, microscopie légale, chimie clinique, technique bactérioscopique. Deuxième édition française entièrement revue et considérablement augmentée, 103 grav. sur bois, 7 planches lithographiées. Un volume gr. in-8° de XVIII-568 pages, carré.

Philippeau. — Contribution à l'étude de l'épulis.

Chatelier. — Des tumeurs adenoïdes du pharynx.

Agenda médical pour 1886, contenant: 1° Mémorial thérapeutique du médecin praticien ; 2° Mémorial obstétrical ; 3° Formulaire magistral : 4° Code médical et professionnel ; 5° Notices sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, etc. (Cir. XII. 432 p. Asselin et Houzeau.)

Parisot (P.). — Contribution à l'étude de la parotide chronique saturnine. In 8°, 10 p. Nancy, impr. Berger-Levrault et C°).

(*Extrait de la Revue médicale de t'Est.*)

Lejord. — Sur une variété d'épithélioma de la lèvre inférieure. (*Arch. gén. de méd.*, juin).

Padieu. — Observation de calcul salivaire volumineux du canal, de Wharton. (*Gaz. méd.* Amiens, juin).

Vinay. — Du chlorure de méthyle dans le traitement des névralgies. (*Lyon, Méd.*, 12 juillet).

Polosson. — De l'incision commissurale coudée ; moyen d'agrandir l'orifice buccal dans la cheiloplastie. (*Lyon Méd.*, 26 avril).

Courtade. — Du polype papillomateux du voile du palais.

Vautier (E.) — Diverses réflexions pratiques sur l'art dentaire In-8°, 51 p. Daix, Clermont (Oise).

Arth (G.) — Etude de quelques dérivés du menthol. In-4°, 72 p. Paris. imp. et lib. Gauthier-Villars.

Barraud. — Traitement du bec-de-lièvre congénital In-8°, 27 p. Paris. imp. Davy.; lib. Steinheil.

David (T.) — Une quarantaine dans le Bosphore. In-8°, 10 p. Coulommiers. imp. Brodard et Gallois. (*Extrait de l'Union médicale*).

Jungfleisch (E.) — Manipulations de chimie, guide pour les travaux pratiques de chimie de l'école supérieure de pharmacie de Paris. Lib. J.-B. Baillère et fils.

Reverdin (J.-L.) — Ostéosarcome central du maxillaire inférieur;

résection sous-périostite de la moitié droite de la mâchoire. Guérison. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* Genève, 15 septembre).

Vivarez (*H.*) — Notions générales sur l'éclairage électrique. In-8° avec 71 fig. J. Michelet.

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Arthur Underwood. — Notes on anœsthetics (Notes sur les anesthésiques). Ash.

Truman (*E.*) — Quelques cas de fracture de la mâchoire. (Saint-Thomas's Hospital reports. Vol. XIII. London, J. et A. Churchill, 1884,

Tyrrel (*W.*) — Sur quelques appareils anesthésiques. Saint-Thomas's Hospital reports. Vol. XIII. London, J. et A. Churchill, 1884.

Letters from a mother to a mother on the formation, growth, and care of the teeth, by the wife of a dentist, MM. W. J.-Third édition revised andenlarged.

(Lettres d'une mère à une mère sur la formation, croissance et soins des dents par l'épouse d'un dentiste). Philadelphia, Welch Dental and C°, 1885.

Transactions of the Michigan dental association. 29th and 30th annual Sessions 1884 and 1885. (Comptes-rendus de l'association des dentistes du Michigan). Published by th Association. Detroit Graham printer, 1885.

Crowley (*Géo.*) — Dental Bibliograpby : A Standard reference list of books on dentristy published throughout the world from 1836 to 1885. Arranged chronologically, and supplemented with a complete cross — reference to authors. (Bibliographie odontologique. Liste de livres sur l'art dentaire, publiés dans le monde entier, de 1836 à 1855. Arrangée chronologiquement et avec une table des auteurs). 1885. SS. White. (Philadelphia).

St Bennett. — On Herbst's Method of gold filling by rotating burnishers, Reprinted form transactions of the Odontological Society of Great Britain, January. La méthode Herbst, extrait des transactions de la société odontologique de la Grande-Bretagne. 1885. London. Harrison et Sons.

Edw. Harris. — Address, delivred before the American Academy of Dental Science, at their seventeenth annual meeting, held in Boston, novembre 5, 1884 (Discours d'inauguration de la 17e réunion annuelle de l'académie de la science dentaire).

Jefferson.—Tumour of the Antrum. Excision of the Superor Maxilla; eure. Tumeur du sinus maxillaire Excision de l'os. Guérison. Lancet. London, 19 septembre.

Smith (*J, S*). — Diagnosis and treatment of dentistc cystic tumors of the jaws. Diagnostic et traitement des kystes dentigères des mâchoires. Med. and. surg. rec. Philadelphia, p. 169.

Windex (*R. B.*) — Anchylosed maxillaries, a remarkable case. (Cas remarquable d'ankylose de la mâchoire). Odont. Journ. Rochester, p. 130.

Grant.— Partial Excision of the Inferior dental nerve for persistant facial neuralgia (Excision partielle du nerf dentaire dans les névralgies persistantes). Lancet. London, 11 juillet.

Jacob. — Deaths from anæstheties in 1884. (Les morts, à la suite d'anesthésie en 1884). Bristih. Med. journ. London, 2 mai.

P. Dubois.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HLOITAL DENTAIRE DE PARIS

(*Extraits des procès-verbaux du Conseil de Direction*)

Séance du mardi 17 *novembre* 1887

Présidence de M. Poinsot

Admissions d'élèves.

M. Gillard est nommé démonstrateur de dentisterie opératoire, et M. Lowenthal, démonstrateur de prothèse. Le cours pratique de prothèse est fixé de 1 heure à 3 heures et de 3 heures 1/4 à 5 heures.

Sur la proposition de M. Godon, le conseil décide qu'un concours aura lieu le quatrième dimanche de mars pour la nomination à l'Ecole, de professeurs suppléants d'Odontologie, et le quatrième dimanche d'avril pour la nomination de chefs de clinique. Une commission de cinq membres, composée de MM. David, Poinsot, Viau, Levett et Thomas est chargée de préparer le règlement du concours. Il est décidé également que les démonstrateurs continueront à être nommés à la suite d'un concours sur titre.

Le secrétaire général rend compte de l'inauguration de l'Ecole dont il raconte le brillant succès, et annonce que la plupart des journaux de Paris et de province en ont publié le compte rendu.

Le conseil de direction adresse ses remerciements à tous ceux qui ont aidé au succès de cette cérémonie et particulièrement à M. le professeur Brouardel qui y a tant contribué par sa présence et le discours qu'il y a prononcé. Le conseil le nomme président honoraire de l'Ecole dentaire de Paris.

Des remerciements sont également adressés à M. le Dr Gérard pour le brillant discours qu'il prononça à l'inauguration.

M. Heide est nommé délégué de l'Ecole, à l'orphelinat Cocquerel, en remplacment de M. Horay qui ne pouvant, pour des motifs personnels, continuer ce service, à adressé sa démission.

Diverses mesures administratives et divers crédits sont votés ainsi que des mesures disciplinaires contre une élève.

M. le secrétaire général rend compte d'un fait qui a été porté à sa connaissance. Un élève de province qui s'est présenté à l'examen d'octobre, ayant échoué à ses épreuves pratiques, a obtenu quelques jours après, sans inscription préalable, le diplôme de l'Ecole concurrente; il demande si l'Association générale ne doit pas intervenir et faire une enquête sur ce fait qui peut porter atteinte à l'honneur des Ecoles dentaires françaises.

Les membres communiquent les divers renseignements qu'ils possèdent.

Le conseil décide qu'il est nécessaire de demander sur ce fait des explications précises.

Le secrétaire général donne lecture de la note qu'il a préparée d'accord avec plusieurs collègues. Elle est adoptée à l'unanimité, et il est décidé qu'elle sera publiée dans le prochain numéro du journal l'Odontologie afin de faire la lumière sur ce fait.

Séance du mardi 1er Décembre 1885.

Présidence de M. Poinsot

Lettre de M. Fayoux, relativement à la création d'un service dentaire à Niort. Un conseiller municipal ayant, à cette occasion, attaqué l'Ecole dentaire de Paris, le secrétaire général est chargé d'écrire au maire une lettre de protestation M. Héraud est admis comme membre sociétaire de l'Association générale.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. G. Viau qui, pour des motifs tout à fait personnels, donne sa démission de professeur de prothèse. M. G. Viau explique à nouveau les motifs de sa démission ; les membres du Conseil insistent pour la lui faire retirer, mais devant sa détermination bien arrêtée, l'ordre du jour suivant est adopté : Le Conseil de direction, regrettant la décision prise par M. G. Viau, le remercie du concours qu'il a apporté à l'Ecole, en faisant le cours de prothèse, et sur ses instances, accepte sa démission.

Le Conseil de direction nomme alors à l'unanimité M. Pillette professeur du cours théorique de prothèse.

M. G. Viau continuera à la Clinique ses démonstrations pratiques de prothèse le jeudi matin.

M. Ronnet donne lecture d'une lettre de M. G. Viau, dans laquelle il offre à l'Ecole une nouvelle souscription de 500 fr. Le trésorier annonce une souscription de cent francs de Mlle Delion, d'Arras.

Des remerciements sont adressés aux généreux donateurs.

Mlle Delion est nommée membre honoraire de la Société.

M. Godon fait, d'accord avec M. le Dr Levett, une proposition tendant à fixer conformément au règlement, le nombre minimum d'opérations que doivent avoir fait les élèves pendant leur année d'études, avant de se présenter aux examens. La proposition est, après discussion, adoptée. Une commission composée des professeurs de dentisterie opératoire, MM. Levett, Ronnet, Lemerle et Heidé, est nommée pour préparer ce règlement.

M. Fanton, d'Orléans, offre à l'Ecole plusieurs moulages d'anomalies dentaires ; M. Rousseau, de Roubaix, une nouvelle préparation de perchlorure de fer, et M. Gourmel, de Saint-Jean-d'Angély un livre d'étiquettes pharmaceutiques.

M. Schaeffer, de Nancy, envoie un appareil obturateur du palais des plus ingénieux.

M. Valyn fait également à l'Ecole un envoi d'un plâtre spécial à l'usage des dentistes.

M. le trésorier demande la radiation des membres qui ne payent pas leurs cotisations.

Le trésorier est invité à leur adresser un dernier avertissement, les prévenant que leur radiation sera votée à une prochaine séance.

Séance du mardi 5 Janvier 1886.

Présidence de M. Poinsot

Le secrétaire général annonce la nomination de MM. G. Viau et Wisner comme officiers d'académie. Cette communication est accueillie par les applaudissements des membres du Conseil.

M. Godon présente les travaux exécutés au laboratoire de prothèse, sous la direction de M. Poirier, pendant les deux premiers mois et conformément au programme qui a été voté.

Le Conseil, en présence des brillants résultats obtenus, adresse au chef du laboratoire, M. Poirier, des félicitations unanimes.

Le secrétaire général annonce le succès obtenu à Niort par M. Fayoux; le maire a pris un arrêté pour la création du service dentaire qu'il avait proposé de créer.

Une nouvelle pétition a été adressée au Conseil général de la Seine, pour la création, par l'Ecole, d'un service dentaire dans les asiles d'aliénés du département.

M. Barberet adresse à la bibliothèque de l'Ecole son livre sur les *Monographies professionnelles*. Il y a consacré un chapitre à l'art dentaire, dans lequel il parle en termes sympathiques de l'Ecole et de notre Société. Des remerciements sont adressés à M. Barberet.

M. le secrétaire fait part de la mesure disciplinaire qu'il a prise contre deux élèves de l'Ecole. Approuvée.

Le Conseil décide sur la demande de M. Decaudin, que le cours de dissection aura lieu à partir du 12 janvier, de la façon suivante :

Le mardi de 8 heures à 9 heures : Exercices de dissection pour les élèves de 3e année.

Le jeudi de 9 heures à 10 heures: Démonstration de dissection pour les élèves de 2e année.

M. le Dr Levett demande quelques modifications au service intérieur de l'Ecole. Il est fait droit à sa demande.

M. Godon, conformément à la demande adressée par la Préfecture de la Seine, propose un règlement déterminant le mode d'attribution des bourses. Ce projet est adopté, ainsi que la lettre qui le complète.

Admission d'élèves.

Rapport sur l'examen d'entrée. Adopté.

M. Gardenat offre à l'Ecole pour le cours pratique de prothèse un dentier complet. Des remerciements lui sont adressés.

M. Ronnet donne lecture, au nom de la commission spéciale, du rapport relatif au réglement des opérations qui devront être exigées des élèves. Ce rapport est, après discussion, adopté. Il est décidé également que les professeurs des cours théoriques devront faire subir aux élèves des examens trimestriels.

Le trésorier donne lecture du budget de l'année 1886, dont les dépenses se montent à 36,000 francs. Le budget des dépenses et des recettes est, après discussion, adopté.

Le Conseil arrête que l'Assemblée générale annuelle aura lieu le mardi 26 janvier, et en fixe ainsi l'ordre du jour :

Procès-verbal de la séance précédente.

Rapport du secrétaire général.

Rapport du trésorier.

Nomination des membres sortants qui, pour cette année sont :

MM. Barbe, Chauvin, Dubois, Gardenat, Lemerle, Levett, Lowenthal, Pillette, Poinsot, Gotel, Viau et Wiesner.

Vote d'un ordre du jour pour la reconnaissance comme d'utilité publique.

Diverses mesures administratives sont votées.

Le Secrétaire général,

GODON.

NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir l'apparition d'un nouveau journal *la Revue dentaire*. Que notre nouveau confrère reçoive l'expression de nos sympathies.

M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires près le ministère de l'Instruction publique.

13,166 dentistes exercent actuellement aux Etats-Unis.

106 fournisseurs et fabricants d'outils et de matériaux à leur usage y sont de même établis.

Caulk's Dental Annual 1885-86

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un dentiste éminent, M. Barnum, l'inventeur de la digue en caoutchouc, qu'il fit connaître généreusement à ses confrères. La reconnaissance des dentistes s'était affirmée une première fois par une souscription nationale. Depuis malade, il était dans une situation difficile et le Dr Herbst avait pris récemment l'initiative d'une nouvelle souscription. La mort est venue avant l'aide.

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris.— Alcan-Lévy, imp. breveté, 18, passage des Deux-Sœurs

VOL. 6. Paris, Mars 1886. N° 3

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR MARS 1886

LEÇONS SUR LA CARIE DENTAIRE

Par le docteur Th. DAVID

DE L'ART DES PANSEMENTS

Si jamais profession a bien justifié son titre, c'est assurément la nôtre ; nous exerçions l'art dentaire et nous pouvons dire que dans notre pratique, l'art pénètre partout et qu'il ne dédaigne pas d'entrer dans les moindres détails. Je dis cela pour ceux qui seraient tentés de considérer les pansements en chirurgie dentaire comme un détail infime, sans importance ; pour ma part j'estime qu'aucune partie de notre pratique n'en exige plus que la confection des pansements.

C'est bien plus par cet art que par celui de bien savoir édifier un appareil ou conduire à bonne fin une aurification que l'on acquiert la confiance du client. En général, celui-ci vient nous consulter tout d'abord parce qu'il souffre, et ce qu'il demande avant tout, c'est le soulagement de sa douleur. Or rien, dans la plupart des cas, n'atteint mieux ce but qu'un pansement bien compris, bien exécuté.

Je pourrais vous citer des praticiens très renommés qui n'ont pas d'autre mérite. Ils guérissent, ou tout au moins font cesser la douleur, et s'inquiètent fort peu de faire une bonne ou mauvaise obturation. — J'en connais par contre bien d'autres qui excellent dans l'art de restaurer une couronne, de faire une belle aurification. et qui n'ont jamais su calmer une rage de dents, autrement que par l'avulsion.

Examinons donc les divers modes de pansement et les divers temps d'un pansement.

Avant toute tentative thérapeutique, il convient d'établir le diagnostic du cas que l'on a à traiter.

Les divers degrés de la carie se distinguent facilement par les symptômes que ressent le malade et par l'exploration.

Le dentiste habile sait se contenter, pour établir son diagnostic, d'une inspection oculaire et des symptômes objectifs, ou de ceux indiqués par le malade ; et soyez convaincus que le client affecté d'une carie pénétrante, ne lui en est pas peu reconnaissant.

Combien de clients ont abandonné leur dentiste parce que celui-ci, pour bien leur prouver qu'ils avaient une carie de ce genre, leur avait enfoncé un stylet dans la pulpe ? Ce surcroît de souffrance n'était nullement nécessaire.

Faut-il recourir à l'exploration ? il convient de procéder avec méthode et surtout avec douceur, sans faire souffrir, d'employer par conséquent tout d'abord les moyens qui ne sont pas douloureux : le miroir, le stomatoscope, le reflecteur ; la pression, la percussion, l'ébranlement des dents viendront ensuite ; puis la projection sur une dent soupçonnée, ou dans l'intérieur d'une cavité, de liquides à des températures variées. Le stylet, la sonde, doivent être rarement employés dans le but d'établir si une carie est pénétrante ou non. Les autres moyens indiqués suffiront toujours, l'injection notamment, dont la température indiquerait la sensibilité de la pulpe, ou l'éclairage, qui, grâce à la transparence des tissus dentaires, nous la montre dans tous ses détails, nous renseigne sur sa coloration, sur son état.

Voici, d'ailleurs, rangés sous forme de tableau les divers moyens et les divers points de vue qui doivent guider dans le diagnostic de la carie.

EXPLORATION DE LA CARIE

Par l'écartement des dents. — Pansements simples.
— Lames de caoutchouc
— A coins de bois
— Ecarteurs mécaniques
— Résections — limes — ciseaux.

1° RECHERCHES DE SYMPTOMES OBJECTIFS

Par l'exploration de la carie. — Visuelle ; à l'œil nu ; stomatoscopes, appareils électriques.

— Manuelle avec sondes, excavateurs.

Par la percussion des dents cariées. Tonalité abaissée.

2° RECHERCHES DES SYMPTOMES SUBJECTIFS

— Etudes des commémoratifs.
Exploration de la sensibilité aux températures par la projection de liquides chauds, froids
— Exploration de la sensibilité
» » » à la succion
» » » à la percussion
» » » à la sonde

Le diagnostic étant établi, il faut faire en tous cas un premier pansement, une première opération qui consiste dans le nettoyage, dans la toilette de la cavité.

TOILETTE DE LA CARIE

S'agit-il d'une carie non-pénétrante, cette opération peut se faire avec une boulette d'ouate portée au bout de la sonde. Si cependant la cavité est profonde, une injection copieuse avec un liquide antiseptique tiède sera nécessaire.

S'il reste des débris d'ivoire mortifié, flottants par une extrémité, mais adhérents encore par l'autre, on les détache avec une rugine ou un tour de fraise, et l'on pratique une nouvelle injection antiseptique. De cette façon tous les détritus contenus dans la carie sont entraînés, et bien plus tous les ferments, tous les microbes, compagnons inséparables de ce détritus, sont momentanément détruits.

Ce procédé est indispensable dans la carie pénétrante. L'opération terminée, on peut, en séchant la cavité avec une boulette d'ouate hydrophile introduite sans presser dans la cavité, apercevoir le point de dénudation. Dans le doute une injection un peu froide ou chaude indiquerait l'existence et la situation de ce point.

Nous conseillons aux dentistes d'avoir à cet usage, à portée de la main, un récipient d'eau boriquée à 3 o|o tenue à une température de 25 à 30 degrés. Avec une poire à canule mobile, ils pourront toujours facilement procéder ainsi à la toilette des caries.

L'acide borique, dont je viens de vous parler, est une des substances les plus précieuses que nous puissions employer pour ces lavages. En effet, on peut reprocher à l'acide phénique son odeur, que beaucoup de personnes ne peuvent supporter, au chloral, sa causticité, sa saveur de pomme moisie. L'acide borique n'a qu'une saveur un peu astringente, mais nullement désagréable, n'est pas caustique, et n'a aucune odeur. D'autre part, ses propriétés antiseptiques, et par suite calmantes, puisqu'il combat la congestion et l'inflammation de la pulpe, sont incontestables.

La solution que je vous ai indiquée, à 3 o|o, est celle que l'on obtient par la saturation à froid ; en effet, l'eau, à la température ordinaire, ne dissout que 3 parties d'acide borique o|o d'eau ; à la température de 30 degrés, elle en dissout peut-être 4 ou 5 o|o ; mais cela importe peu, car les chirurgiens, pour obtenir une puissance antiseptique plus grande, ont mélangé l'acide borique à la glycérine et à la vaseline dans la proportion de 10 à 15 o|o, et néanmoins n'ont observé ni douleur, ni action caustique sur les plaies.

Cette première opération est d'une grande importance et doit être faite avec le plus grand soin, surtout quand on soupçonne un cas de carie pénétrante. Ici, en effet, la douleur est occasionnée habituellement par l'irritation de la pulpe qui est provoquée par le contact, par la compression des détritus, des débris quelconques introduits dans la carie. Si tout n'est pas enlevé, le pansement calmant le mieux fait n'enlèvera pas la douleur. On peut même dire qu'il ne fera que l'accroître, car il augmentera nécessairement la compression exercée sur la pulpe par le corps étranger emprisonné dans la cavité. Ainsi donc, de cette première opération, plus ou moins bien faite, dépendra le succès de l'intervention ; et voilà pourquoi le même pansement calmera dans un cas et non dans un autre.

Nous allons passer en revue les diverses espèces de pansements employés dans le traitement de la carie. Ils possèdent suivant le but qu'on se propose, des qualités différentes :

Physiques, Antiseptiques, ou Médicamenteux : (calmantes, caustiques).

Considérés en général, les pansements sont composés de substances solides, pâteuses, liquides ou pulvérulentes portées soit directement au contact des parties malades, comme au sein d'une carie, soit avec un tampon ou une boulette d'ouate qui en est imprégnée.

Quelques praticiens emploient quelquefois l'amadou, l'amiante pour certains pansements caustiques. A l'exception des applications de ce genre où l'amiante peut être utile (eau oxygènée) nous préférons comme excipient, comme support l'ouate aux deux autres en raison de la grande facilité avec laquelle elle se prête à toutes les formes et dispositions des caries. On peut en effet donner aisément à une boulette de coton la forme, le volume qu'exige la cavité à remplir. De plus, après avoir été plus ou moins roulée et serrée entre les doigts, elle se laisse facilement imprégner d'alcool qui sert de véhicule à la plupart des topiques employés dans les dents et devient susceptible de se gonfler et d'acquérir dans une cavité d'ailleurs favorablement conformée une grande solidité. La difficulté que possèdent l'eau et la salive à la pénétrer la font en outre préférer à la charpie.

Il n'est pas besoin de vous rappeler que la boulette d'ouate doit être proportionnée à la grandeur de la cavité ; mais je dois attirer l'attention sur la nécessité de ne pas comprimer outre mesure le

coton pour faire entrer dans la cavité tout ce que vous aurez mis au bout de votre sonde ; mieux vaut retirer le coton et en mettre un plus petit, et le serrer modérément, que de vouloir le faire pénétrer à toute force, par un amour-propre mal placé : Dans certains cas un pansement trop serré, loin de soulager, peut au contraire augmenter la douleur et quelquefois en poussant sur des parois faibles, on s'expose à les fracturer.

En ce qui concerne les substances médicamenteuses actives qui servent aux pansements, elles devront, autant qu'il sera possible d'une manière générale, être choisies parmi celles qui sont insolubles ou d'une solubilité faible dans l'eau et la salive. Toutefois, parmi les agents que nous préconisons, et qui sont employés par la plupart des praticiens, il en est plusieurs qui sont solubles. Dans ce cas, nous recommandons, après l'application de la substance soluble, de recouvrir la petite boulette de coton qui en est imbibée, d'une petite masse de gutta-percha ou de cire, ou bien plus simplement d'un pansement occlusif. C'est une autre boulette d'ouate sèche ou imbibée d'une teinture résineuse, qui protège et isole le pansement actif.

Nous vous conseillons de généraliser cette *méthode du pansement double* qui présente les avantages de mieux limiter l'action topique, d'éviter la diffusion dans la bouche de substances parfois nuisibles et en tous cas d'un goût et d'une odeur toujours désagréables.

QUALITÉS PHYSIQUES DES PANSEMENTS

L'action physique, mécanique, des pansements dentaires est certainement plus considérable que leur action médicamenteuse.

PANSEMEMTS ÉCARTEURS

Tout d'abord, elle est utilisée comme moyen d'écartement pour l'exploration des caries latérales. Il s'agit alors d'écarter deux dents contigues sur lesquelles siège une carie soupçonnée ou dissimulée, afin de faciliter l'accès de la cavité et la manœuvre des instruments. Ces pansements sont également applicables à toutes les les dents ; même pour les grosses molaires malgré le nombre et la longueur des racines, on obtient avec des efforts un peu plus prolongés, un écartement suffisant.

On peut pratiquer l'écartement de plusieurs manières : soit lentement, soit rapidement.

Dans le premier cas, on insinue entre les deux dents à écarter une boulette d'ouate que l'on comprime ensuite à l'aide d'une sonde fine ou d'un instrument à extrémité amincie. On obtient ainsi un certain écartement, insuffisant en général pour pouvoir de suite aborder et panser facilement la carie. Le lendemain, grâce à la dilatation du coton, on peut remettre une autre boulette

d'ouate un peu plus volumineuse que la première, et que l'on tasse de la même manière que celle-ci. Au bout de trois ou quatre pansements quotidiens de ce genre, les dents sont en général assez écartées pour le but que l'on se propose.

Lorsque l'on veut obtenir une séparation considérable, il ne faut pas vouloir aller trop vite, ne pas mettre trop d'ouate, ne pas trop comprimer pour ne pas s'exposer à provoquer une périostite ou une névralgie qui forcerait à abandonner l'écartement et à perdre le terrain gagné.

Au lieu de la ouate qui constitue ici le pansement le plus simple, on peut employer de la même manière un petit coin de bois que l'on fait entrer de force entre les dents. Le bois se gonflant au contact de la salive, produit un écartement que l'on peut porter aussi bien qu'il est nécessaire en interposant entre les dents des coins de plus en plus volumineux.

Lorsqu'on veut obtenir plus vite l'écartement nécessaire on se sert d'une cordon ou d'une lame de caoutchouc de 5 centimètres environ de longueur et de quelques millimètres d'épaisseur. On l'allonge en tirant ses extrémités en sens inverse jusqu'à ce qu'il soit devenu assez mince pour pouvoir pénétrer entre les dents que l'on se propose d'écarter. On appuie alors la partie moyenne du caoutçhouc sur l'interstice des dents perpendiculairement à l'arcade dentaire, et lorsque l'amincissement du cordon est suffisant, il pénètre facilement dans l'interstice. Alors on rapproche lentement les extrémités du caoutchouc qui tend à reprendre ses dimensions normales, et presse ainsi contre les dents qu'il sépare. Quatre ou cinq heures suffisent en moyenne pour obtenir par ce moyen un écartement suffisant.

On n'enlève bien entendu le corps qui a servi à reproduire la séparation des dents qu'au moment de panser la carie. Il faut même recommander au malade de le laisser, de le rapporter en place, car aussitôt qu'on l'enlève la séparation se réduit spontanément.

On peut encore obtenir un écartement plus rapide, instantané en quelque sorte, enfonçant à l'aide de petits coups de marteau une tige de bois dur comprimé taillée à une de ses extrémités en forme de coin. On la laisse en place pendant que l'on opère sur la cavité. Enfin, nos fournisseurs nous ont, dans ces derniers temps, présenté des écarteurs mécaniques qui peuvent rendre de réels services.

S'il faut panser plusieurs fois la cavité dentaire, avant de pratiquer l'obturation, on peut maintenir l'écartement avec une boulette d'ouate, comme dans le premier cas. Si un seul pansement est nécessaire, ou si l'on peut dès le premier jour pratiquer l'obturation, il suffit, pour que les dents reprennent leur place, de les abandonner à elles-mêmes ; au bout de deux ou trois heures, il n'y a pas de trace de l'écartement artificiel que l'on a pratiqué.

Dans tous les cas l'écartement artificiel est douloureux, mais beaucoup plus avec le caoutchouc ou le bois qu'avec l'ouate,

parce qu'alors il est brusque, brutal même. Mais si on ne le fait qu'une fois, c'est le seul inconvénient qu'on ait à redouter, surtout si la carie est peu avancée, et si l'état général du sujet est bon.

Au contraire, quand il faut répéter plusieurs fois l'écartement, même chez les sujets sains, la douleur est plus vive. Si de plus on a affaire à une carie pénétrante, ayant déjà occasionné un certain degré de périostite, les douleurs prennent assez souvent le caractère névralgique, et il n'est pas rare d'observer alors une recrudescence de la pulpite et même de la périostite. Aussi dans ces cas est-il préférable d'avoir recours à l'écartement brusque avec le caoutchouc, procédé qui a l'avantage de ne produire qu'une irritation de courte durée, moins grave, moins vive par conséquent que celle qui est déterminée par le bois ou l'ouate.

Chez les sujets dont les gencives saignent facilement, sont molles et tuméfiées habituellement, le contact prolongé des agents d'écartement provoque aussi l'inflammation du tissu gingival. Le caoutchouc qu'il faut avoir soin alors de ne pas laisser presser sur la gencive est encore préférable aux autres procédés.

Les pansements écarteurs lents, avec l'ouate ou le bois, ne sont donc applicables que chez les sujets dont les gencives sont fermes, rosées, non tuméfiées, et lorsqu'on a affaire à une carie de la première ou de la seconde période, non douloureuse ordinairement et n'ayant pas encore provoqué de périostite. Dans les autres cas, il est préférable d'avoir recours à l'écartement rapide.

Les pansements écarteurs sont encore employés pour soulever la gencive, l'isoler d'une dent. C'est le cas des caries du collet qui sont fréquemment recouvertes par le bord libre de la gencive. Un tampon d'ouate assez volumineux mis dans la cavité, de façon à dépasser le niveau de la dent, suffit à refouler la gencive et à rendre la carie visible.

Examinons maintenant l'application des qualités physiques des pansements au traitement même de la carie.

Dans une carie non pénétrante, il suffit de mettre un corps quelconque incorruptible, et autant que possible non conducteur des températures. En isolant la surface cariée du milieu extérieur, et en empêchant l'arrivée dans la cavité, de la salive et des détritus auxquels elle sert de véhicule, le pansement répond aux indications principales et la douleur cesse.

C'est pour cela que nous rencontrons dans les réclames tant de médicaments prônés pour calmer les douleurs de dents.

Mettez dans une cavité nettoyée un coton imbibé d'une substance inerte quelconque, ou même de rien du tout, serrez-le modérément, et vous calmerez la douleur, par le seul fait que vous mettrez l'ivoire sensible à l'abri du contact de tout corps étranger et de tout changement de température. Non cependant que je vous conseille l'emploi exclusif du coton seul ; il faut lui préférer les pansements occlusifs.

PANSEMENTS OCCLUSIFS

Ces pansements auxquels je vous conseille de recourir, inertes par eux-mêmes, ont pour but de fermer la cavité, ou d'y maintenir une substance médicamenteuse et quelquefois de constituer une occlusion d'essai avant l'obturation définitive. Aussi faut-il employer des subtances qui imprégnent bien le coton, le durcissent et le maintiennent consistant au contact du milieu buccal, pour mieux le faire tenir; elles doivent encore le rendre antiseptique, l'empêcher de se corrompre, de prendre un goût, une odeur désagréables. Ces pansements doivent en outre être susceptibles de pouvoir être rapidement enlevés soit pour les supprimer, soit pour les renouveler.

Les teintures alcooliques de résine répondent à ces diverses indications.

Un tampon d'ouate de forme et de volume convenablement appropriés et préalablement serré, est imbibé du liquide et porte dans la cavité de la carie où à l'aide de la sonde on le comprime, on le tasse exactement. Dans le milieu salivaire, la résine se précipite de sa solution, se coagule dans les mailles du coton et forme ainsi un épais feutrage qui pendant des mois est capable d'empêcher l'arrivée de la salive, et qui constitue un bouchon dur, longtemps incorruptible.

La teinture de benjoin est la plus recommandable à cause de son odeur et de sa saveur agréables. Elle doit être concentrée, de consistance sirupeuse. Pour cela nous conseillons la préparation suivante.

Dans un flacon à large ouverture introduire du benjoin autant que possible ; remplir ensuite avec un tiers d'éther et 2 tiers d'alcool à 90°, laisser dissoudre pendant quelques jours, et décanter. Si la teinture n'est point assez épaisse, il suffira de l'évaporer au bain marie.

Dans cette préparation, l'éther a pour effet d'augmenter la solubilité du benjoin.

Le baume de Tolu, le collodion, une solution de guta-percha, peuvent encore être employés de la sorte, mais avec moins de facilité et moins de durée; il en est de même de la cire pure.

Les pansements occlusifs peuvent être appliqués seuls dans la carie non pénétrante, nous croyons cependant qu'il vaut mieux ne les utiliser que pour en protéger un autre (méthode des pansements doubles), une boulette imbibée d'acide phénique que l'on place au fond de la cavité pour insensibiliser l'ivoire, et pour détruire les microbes de ses canalicules.

Lorsqu'il s'agit simplement d'isoler une dent de la salive, il n'est point nécessaire d'exercer une forte compression.

Il en est autrement lorsqu'on veut faire une occlusion d'essai, lorsqu'on veut faire une occlusion hermétique, pour s'assurer qu'il n'y a au fond de la cavité ni suintement radiculaire ni pulpaire. Il faut alors tasser, serrer fortement le coton. Mieux vau-

drait encore, dans ce cas, faire l'obturation provisoire à la gutta, à la pâte de Hill. Le coton, en effet, a certains inconvénients. Tassé dans une dent fragile, il peut, en se dilatant, en provoquer la fracture ; il est souvent plus difficile à enlever que la gutta.

Inutile d'insister sur les petits détails inhérents au siège de la carie, — par exemple d'éviter la compression sur la gencive voisine, à moins que ce ne soit pour la soulever ; — d'éviter que le coton dépasse la dent. Deux dents contiguës ne doivent jamais être obturées avec le même tampon, mais bien chacune séparément, avec son tampon spécial.

La compression qui est recherchée dans certains cas (caries non pénétrantes, caries traitées sans pulpe) doit, par contre, être évitée dans d'autres. Elle doit toujours l'être dans les caries avec pulpe exposée.

Un pansement arsenical peut, par le seul fait de l'occlusion protectrice qui le recouvre, être douloureux ou non. Il le sera fatalement si cette occlusion est serrée ; il pourra ne pas l'être dans le cas contraire. Nous avons vu des opérateurs pousser brutalement un pansement occlusif sur une pulpe et le tasser, puis être tout surpris d'avoir provoqué de la douleur. Mais une partie quelconque du corps saine ne supporterait pas cette pression, accrue d'ailleurs ensuite par la dilatation de la ouate ; *à fortiori* la pulpe, et surtout la pulpe malade. Il faut vraiment ne pas savoir que la pulpe est un organe vivant et sensible pour procéder ainsi.

Etant donnée une carie pénétrante, dans laquelle on veut appliquer un pansement protecteur d'un coton, imbibé d'une substance médicamenteuse, il faut éviter de serrer au niveau du siège de la dénudation ; si ce point est central, il faut tasser sur les bords, et encore très légèrement, tout juste assez pour faire tenir le second tampon ; si ce point est latéral, il faut ne presser que du côté opposé, etc.

QUALITÉS MÉDICAMENTEUSES DES PANSEMENTS

Ne croyez pas que nous allions vous faire une longue exposition de médicaments. La pharmacie nécessaire au dentiste nous paraît être des plus simples et peut se borner à quelques substances.

PANSEMENTS CALMANTS

S'agit-il de faire un pansement calmant ?

A. Les douleurs des caries non pénétrantes sont habituellement calmées par la toilette et un pansement occlusif. — Certains cas, cependant, peuvent nécessiter une certaine action médicamenteuse. Dans les caries superficielles atteignant le réseau anastomatique des canalicules de l'ivoire, la douleur provoquée est quelquefois très

vive ; en ce cas, l'application d'un caustique léger réussira très bien.

Le meilleur pansement qui nous ait réussi à cet effet est le pansement phéniqué ! Une boulette d'ouate imprégnée (sans être imbibée) d'acide phénique ou solution alcoolique au 20[e] est mise au fond de la cavité préalablement lavée et séchée, puis recouverte d'une autre boulette plus volumineuse de coton sec ou imbibé d'une mixture durcissante.

J. Tomes conseille l'emploi d'une solution de nitrate d'argent, préparation qui, sans présenter plus d'avantages que l'acide phénique, possède l'inconvénient de noircir l'ivoire qu'elle touche.

Voici une autre préparation phéniquée :

Acide phénique cristallisée. } Essence de citron......... }	ââ 2 grammes.
Alcool à 90°..............	20 grammes.

Aucune nécessité de recourir à des mixtures plus ou moins complexes, à moins qu'on ne veuille les faire appliquer par le malade lui-même.

Lorsqu'en effet des mains inhabituées à ces pansements les pratiquent, elles mettent trop d'acide phénique, — en laissant couler à côté de la dent, sur la langue, les lèvres, les gencives, qui se trouvent ainsi inutilement brûlées, sans aucun bénéfice pour la carie.

Dans ces cas, au lieu du pansement à l'acide phénique pur ou en solution très concentrée nous conseillons l'emploi d'une mixture moins caustique, par exemple :

Acide phénique ou solution alcoolique au 20[e]	1 gr.
Essence de citron..........................	ââ 1 gr.
Alcool de menthe..........................	5 gr.
Teinture de benjoin du Codex...............	10 gr.

Acide phénique.........	1 gramme
Glycérine..............	10 grammes

toujours en pansement double.

La créosote peut, dans ces formules, remplacer l'acide phénique ; elle a, malheureusement, une odeur désagréable très persistante, qui suscite chez certaines personnes une répugnance invincible, et qui n'est pas, comme l'odeur de l'acide phénique, masquée par l'essence de citron. L'éther, le chloroforme, le chloral, le laudanum, l'extrait d'opium, le sel de morphine nous ont paru bien inutiles, ainsi que certaines essences aromatiques que l'on retrouve dans beaucoup de formules. Ces substances n'agissent que parce qu'elles sont unies à du coton, constituant alors un pansement simplement occlusif, ou par l'alcool qu'elles contiennent, formant en ce cas un pansement antiseptique. Quelques-unes peuvent cependant être employées à titre d'agrément

pour donner un goût ou une odeur agréables. Telles sont les essences de menthe, d'anis, de girofle.

A défaut de mixture spéciale, un liquide alcoolique quelconque, une eau dentifrice, peuvent être appliqués; ils empêchent les fermentations, ce qui suffit à arrêter les progrès de la carie.

Voici une formule dans laquelle rentrent divers condiments :

Camphre..................	2 grammes
Essence de girofle........	ââ 5 grammes
— de cajeput........	
— d'anis............	5 gouttes
Baume du Pérou.........	10 grammes

Ces pansements calmants ne doivent pas être serrés ; il faut les renouveler chaque jour, et plus souvent en cas de crises douloureuses. Il serait, en tous cas, bon d'en faire un le soir pour prévenir le retour de la douleur pendant la nuit.

B. Le pansement calmant de la carie pénétrante a pour but de calmer simplement la douleur sans détruire la pulpe. A cet effet, il faut procéder minutieusement à la toilette de la cavité à l'aide d'injection d'eau tiède ; ouvrir, s'il le faut, largement avec le tour et une fraise l'orifice extérieur de la carie pour en voir le fond et s'assurer qu'aucun corps étranger ne reste au contact de la pulpe. Il est rare qu'après ces premiers soins la douleur ne cesse immédiatement.

Comme pansement calmant, celui à l'acide phénique déjà indiqué réussira très bien. Il aura ici pour effet particulier d'anesthésier la surface touchée de la pulpe, probablement en la cautérisant légèrement, en la décongestionnant. Cette propriété, depuis longtemps connue, a fait dire de l'acide phénique qu'il est « *l'ami de la dent.* » On peut comparer cette action calmante à celle des caustiques appliqués sur le derme dénudé, dans le cas des aphtes, par exemple, qui devennent insensibles aussitôt après avoir été touchés avec le crayon d'argent.

Sous l'influence de un ou plusieurs pansements phéniqués, l'organe pulpaire revient vite à son état normal, et l'on pourrait ainsi l'entretenir pendant des années sans souffrance. Nous avons vu une personne conserver ainsi pendant cinq ans, sans en souffrir, une pulpe presque entière. Deux fois seulement quelques légères douleurs apparurent, mais cessèrent avec la toilette de la carie. Peut-être, comme dans les plaies ordinaires, un petit corps étranger, un peu de suppuration, avaient-ils amené une irritation, qui disparut par le nettoyage de la cavité et son retour à l'antisepsie. Ce traitement calmant est indiqué chez les personnes qui refusent la cautérisation; il l'est encore pour faciliter cette dernière, qu'il permet d'effectuer avec une douleur moindre et souvent nulle.

(*A suivre.*)

DÉPARTEMENTS	Classe 1855			Classe 1856			Classe 1857			Classe 1858			Classe 1859			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Ain	2.854	7	2	2.175	2	1	2.083	3	1	2.665	8	1	2.074	5	1	11.851	25	6
Aisne	3.780	23	2	3.085	33	4	3.262	39	3	3.647	39	4	3 161	27	2	17.135	161	15
Allier	3.120	7	10	2.444	»	3	2.133	2	2	2 869	»	»	2.358	2	»	12.924	14	15
Alpes (Basses-)	1.242	[illegible]	2	915	8	»	862	2	»	1.035	3	»	881	1	»	4.955	22	2
Alpes (Hautes-)	1.152	1	3	968	»	2	877	3	2	1.079	»	»	931	1	4	5 007	5	11
Ardèche	3.489	6	3	2.678	7	1	2.614	1	1	3.421	1	2	2.532	2	4	14.734	17	11
Ardennes	2.377	19	»	2.280	35	2	2.295	12	1	3.562	15	15	2.291	74	7	12.805	155	25
Ariège	2.407	»	3	1.829	9	1	1.630	6	[illegible]	2 273	5	»	2.053	11	»	10.192	31	4
Aube	2.101	15	1	1.329	1	4	1.172	4	»	1.404	10	4	1.177	13	1	7.183	43	10
Aude	2.176	»	2	1.877	»	6	1.791	»	»	2.320	8	3	1.774	3	»	9.938	41	11
Aveyron	3.163	»	2	2.481	»	3	2.435	2	»	3.225	»	1	2.582	5	5	15.886	7	11
Bouches-du-Rhône	2.236	7	1	1.881	5	»	1.746	6	»	2.792	17	6	2.026	10	2	10.681	45	9
Calvados	3.122	49	3	2 456	19	»	2.571	46	»	3 449	88	[illegible]	2.488	39	»	14 086	241	3
Cantal	1.964	3	[illegible]	1.697	»	1	1.778	4	1	2.105	1	2	1.809	»	[illegible]	9.353	8	4
Charente	2.606	»	7	2.182	8	1	2.114	22	»	2.637	3	5	2.142	11	»	11.681	44	13
Charente-Inférieure	3.848	27	3	3.447	26	3	2.981	21	»	3.322	8	»	2.930	15	4	16.328	97	10
Cher	2.588	9	1	2.138	6	5	1.989	»	15	2.220	5	1	1.974	1	15	10.906	21	37
Corrèze	2.964	»	5	2 307	1	8	2.446	1	8	3.019	»	»	2.367	3	5	13.303	5	26
Corse	1.597	3	»	1.258	1	»	1.381	6	»	1.910	7	»	1.466	1	»	7.612	18	»
Côte-d'Or	3.215	28	»	2.551	34	9	2.476	9	1	2.682	5	»	1.916	16	1	12 840	92	11
Côtes-du-Nord	5.020	3	1	3.810	9	»	3 948	6	»	4.839	2	2	3.727	3	8	21 344	23	11
Creuse	2.435	3	2	1.920	3	[illegible]	2 148	21	2	2.341	10	1	1.954	33	10	10.798	70	15
Dordogne	4.249	11	»	3.607	13	»	3.491	26	1	4.144	12	5	3.306	27	[illegible]	18.794	89	6
Doubs	2.129	7	[illegible]	1.626	12	[illegible]	1.797	10	»	2.284	2	1	1.616	»	9	9.452	31	10
Drôme	3.020	3	6	1.929	5	3	2.074	3	6	2.7[illegible]7	1	1	2.222	»	12	11.962	12	28
Eure	2.655	128	2	1.923	76	»	2.549	164	»	2.728	126	»	1.964	58	»	11.819	552	2
Eure-et-Loir	2.002	21	1	1.814	9	»	1.665	23	2	2.082	25	4	1.544	17	»	9.104	105	7
Finistère	5.357	1	6	3.627	»	1	4.150	6	»	4.998	4	1	4.130	1	9	19.262	12	17
Gard	2.892	4	12	2 221	2	11	2.241	3	1	2.913	13	4	2.200	2	12	12.467	24	40
Garonne (Haute-)	3.740	3	5	2.797	16	2	2.641	7	4	3.043	2	1	2.486	19	[illegible]	14.707	45	12
Gers	2.096	11	1	1.546	1	»	1.609	9	»	2.034	6	1	1.607	10	1	8 892	37	3
Gironde	4.086	27	[illegible]	3.545	43	1	3.319	77	1	4.076	37	7	3.042	78	1	18.068	264	10
Hérault	2.548	1	4	1.987	5	»	2.137	4	2	2.568	»	11	1.795	»	12	11.035	40	29
Ille-et-Vilaine	4.697	1	6	3.513	4	1	3.736	»	20	4.758	»	1	3.560	9	3	21 264	14	31
Indre	2.515	26	2	2.051	2	10	1.615	5	10	1.893	8	1	1.535	6	»	9 609	47	23
Indre-et-Loire	2.486	18	»	2.030	82	4	1.681	45	»	2.108	36	»	1.484	27	»	9 759	20[illegible]	4
Isère	4.336	14	5	3.597	11	1	3.562	15	»	4.655	9	1	3.595	10	[illegible]	19.745	59	7
Jura	2 335	14	»	1.833	4	»	2.051	13	3	2.470	10	»	1.859	7	1	10.548	48	4
Landes	2.358	38	3	1.889	22	1	1.778	16	1	2.373	44	»	2.164	35	»	10.364	155	5
Loir-et-Cher	2.464	24	»	1.942	12	1	1.743	8	2	2.039	11	»	1.640	27	2	7.828	82	5
Loire	4.147	4	2	3 813	4	1	3.832	2	5	4 505	»	6	3.956	5	2	20.253	15	16
Loire (Haute-)	2.979	3	2	2.521	»	[illegible]	2.153	»	»	2.732	»	»	2.405	»	5	12.560	3	7
Loire-Inférieure	3.816	20	»	2.854	45	»	3.181	48	»	4.079	48	1	3.148	29	3	17.078	190	4

DÉPARTEMENTS	Classe 1855			Classe 1856			Classe 1857			Classe 1858			Classe 1859			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Loiret	2.344	7	1	1.697	5	»	1.612	10	»	2.313	12	2	1 801	15	»	9.767	49	3
Lot	2.106	3	1	1.743	8	»	1.610	2	1	2.299	»	»	1.709	»	3	9 267	13	5
Lot-et-Garonne	2.334	30	»	2.039	18	»	1.486	3	»	1.830	3	7	1.434	10	1	9.123	64	8
Lozère	1 310	2	»	954	2	»	1.107	»	»	1.452	»	»	861	»	»	5.384	4	»
Maine-et-Loire	3.969	65	1	2.934	49	2	2.885	40	2	3 930	48	3	2.643	22	»	16.361	224	8
Manche	4.784	7	»	3.843	45	2	3.354	23	2	4.716	75	12	3.532	15	4	20.229	165	20
Marne	2.441	1	20	1.729	3	12	1.844	13	1	2.130	16	1	1.665	4	1	9.809	47	35
Marne (Haute)	1.830	17	3	1.296	11	2	1.330	6	»	1.702	20	»	1.551	11	»	7,709	65	5
Mayenne	2,933	18	»	2.315	22	1	2 442	9	3	3.058	31	»	2.208	19	1	12,976	99	5
Meurthe	3.097	8	1	2.294	6	1	2.510	10	1	3.327	7	»	2.402	7	»	13,630	38	3
Meuse	2.441	21	1	1.625	17	1	1.678	4	»	2.418	30	2	1.733	22	»	9.495	94	4
Morbihan	3.891	»	2	2.548	1	1	2.416	1	1	3.719	7	1	2.799	7	»	15.373	16	5
Moselle	3.459	3	4	2.809	6	»	2.719	4	3	3.747	11	»	3.479	47	6	16.213	71	13
Nièvre	2.940	2	4	2.145	2	1	2.012	1	»	2.151	»	»	2.116	8	»	11.664	13	5
Nord	7.248	35	5	5.478	21	1	7.262	136	4	9.296	50	»	6.665	73	2	35 949	315	12
Oise	2,879	105	»	2.385	55	2	2.407	97	»	2 786	95	4	2.182	41	»	12.639	393	6
Orne	3.265	19	2	2.744	65	»	2.255	24	1	3 339	93	»	2.241	16	4	13.841	217	7
Pas-de-Calais	5 078	81	11	3.833	37	9	4.224	77	3	5.085	53	4	3.328	26	2	21.568	274	29
Puy-de-Dôme	4.626	1	2	3 584	»	2	3 768	»	»	4.623	4	1	3.768	3	»	20.169	8	5
Pyrénées (Basses-)	3.257	53	»	2.522	21	1	2.550	27	1	3.483	33	5	2.727	37	1	14.341	171	8
Pyrénées (Hautes-)	1.928	8	»	1.436	14	1	1.528	23	»	1.991	14	»	1.413	12	1	8,292	71	2
Pyrénées-Orientales	1.410	4	»	978	2	»	999	1	5	1.494	»	2	948	3	1	5.829	10	8
Rhin (Bas-)	4.660	13	2	3.538	19	1	3.385	4	»	4 869	31	1	3.295	12	3	19.747	79	7
Rhin (Haut-)	4.540	18	»	4.359	30	2	3.239	14	»	4.676	6	»	3.552	11	»	20.466	79	2
Rhône	3.636	6	4	2.890	1	5	2.876	»	4	3.371	3	»	2.539	4	7	15.312	14	20
Saône (Haute-)	2.621	19	1	2.072	2	2	2.093	13	3	2.613	18	»	1 999	10	»	11.398	62	6
Saône-et-Loire	4.867	1	2	3.737	7	»	3.596	3	6	4 564	2	»	3.282	»	»	20.026	13	8
Sarthe	3 709	16	»	2.618	6	1	3.161	11	6	3.517	6	6	2.919	8	13	15.954	42	26
Seine	7.332	35	»	5.893	26	3	5.730	38	1	8.405	27	6	6,426	44	1	33.535	170	11
Seine-Inférieure	5.999	365	»	4.996	285	1	5.043	446	3	6.016	342	6	4.782	248	2	26.756	1.686	12
Seine-et-Marne	2.289	14	8	1.864	5	12	1.872	17	4	2.468	7	24	1.912	3	27	10.405	46	75
Seine-et-Oise	3.023	66	3	2 449	46	3	2.533	90	2	3.149	82	»	2.639	80.	»	13.763	364	8
Sèvres (Deux-)	2.462	1	3	1.905	3	1	1.901	2	4	2.346	2	1	1.802	1	»	10.386	9	9
Somme	4.296	96	»	3.610	109	1	3.062	54	»	4.559	182	»	3.098	146	»	19.625	587	1
Tarn	2.761	2	1	1.973	2	4	2.029	3	2	2.626	4	»	2.010	1	2	11.399	12	9
Tarn-et-Garonne	1.475	2	»	1.359	2	2	1.272	2	»	1.571	»	1	1 299	5	1	6.976	11	4
Var	1.773	14	»	1.507	11	»	1.554	18	3	1.924	1	2	1.484	7	5	8.239	51	10
Vaucluse	1.753	6	2	1.227	»	3	1.260	1	3	1.804	»	3	1.325	1	4	7.369	8	15
Vendée	3.172	16	»	2.864	18	3	2.545	14	1	3.296	14	5	2.413	7	5	14.960	69	14
Vienne	2.629	7	»	2 054	17	1	2.025	4	20	2.457	4	»	1.853	3	3	11.058	35	24
Vienne (Haute-)	2.681	4	1	2.499	18	»	2.329	11	1	2.763	17	3	2.447	»	15	12.721	50	20
Vosges	3.489	17	»	2.778	9	»	2.619	18	»	3.741	12	1	2.969	10	»	15.596	66	1
Yonne	2.839	11	2	2.077	6	3	2.143	7	1	2.781	19	»	1.915	11	1	11.755	54	7

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Procès-verbal de la séance du 19 janvier 1886

Présidence de M. Poinsot, vice-président.

I. Compte-rendu des travaux de l'année. — II. Présentation d'un cas de restauration faciale. Discussion. — III. Anesthésie locale par l'action combinee de la cocaïne et de l'éther. — IV. Présentation d'aurifications exécutées par la méthode rotative. — V. Présentation de cure-dents.

M. Legret lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté.

M. Blocman, secrétaire général, lit un compte rendu détaillé des travaux de la Société pendant l'année 1886.

M. le président croit être l'interprète des membres présents en félicitant M. Blocman sur son intéressant travail.

M. Poinsot prend la parole sur un cas de restauration de la face qu'il a exécuté avec la collaboration de M. Bioux; il commence par regretter l'absence du malade qui eût été très intéressant à examiner. Le malade étant militaire, les règlements du Val-de-Grâce s'opposent peut-être à la sortie de son pensionnaire. M. Poinsot avait cependant reçu l'affirmation qu'il viendrait. Ce malade, qui va retourner dans sa famille pendant quelque temps, reviendra aux Quinze-Vingts où il a obtenu la faveur d'entrer, étant aveugle par le fait de ses blessures.

Pour montrer l'aspect du sujet après la cicatrisation des plaies, M. Poinsot fait circuler parmi les assistants le moulage de la face. Il décrit ensuite l'état de la bouche. Les maxillaires supérieurs comme dans toutes les blessures dues à un coup de feu dirigé de bas en haut ont été particulièrement atteints. Du côté droit, l'os a complètement disparu, il ne reste plus que le palatin. Du côté gauche, la partie postérieure du maxillaire qui contient les deux dernières molaires existe encore. La balle, après avoir traversé la voûte palatine a enlevé les os propres du nez en respectant les cartilages qui sont affaissés et ne dépassent pas le niveau de la lèvre supérieure. Le maxillaire inférieur fut aussi très endommagé, il fut le siège de deux fractures : une médiane, au niveau de l'incisive latérale gauche et de la canine, l'autre au niveau de l'interstice dentaire de la deuxième prémolaire droite et de la dent de six ans. Toutes les dents comprises entre ces deux points ont été brisées.

Nous n'avons pu malheureusement débarrasser le malade de ses racines, l'appareil devant être fait immédiatement pour renvoyer au plus tôt ce malade à sa famille, car ses blessures étant dues à une tentative de suicide, il doit, paraitil, payer sa pension au Val-de-Grâce.

M. Poinsot fait circuler dans l'assistance les différents mou-

lages qui ont été obtenus et il montre aussi l'appareil qui fut construit pour augmenter la capacité de la cavité buccale qui se trouvait très réduite par suite d'un affaissement considérable des parties molles du côté droit. Cet appareil consiste en un palais en caoutchouc maintenu sur les deux molaires qui restent. Au niveau de l'absence du maxillaire, le volume de l'appareil est augmenté par des couches successives de gutta-percha.

M. Poinsot donne ensuite quelques détails sur l'appareil qu'il exécuta avec le concours de M. Bioux. La pièce du haut est en caoutchouc noir recouvert de rose et de plus il est creux là où il y a de grandes pertes de substances. L'appareil inférieur est en platine également recouvert de caoutchouc rose. Au niveau de la fracture médiane existe une dépression assez considérable qui est comblée au moyen d'un petit bloc de deux dents à gencive fabriquées par M. Bioux à l'aide d'un fourneau spécial.

Du côté droit un ressort assez énergique sert à maintenir l'appareil supérieur.

M. Poinsot appelle l'attention sur le moyen employé par M. Bioux pour obtenir un appareil creux. M. Bioux, connaissant le procédé que M. Chauvin avait présenté au Cercle des dentistes. Ce procédé consiste à faire un appareil en deux parties, puis à le recuire avec un recouvrement. Le succès n'étant pas constant, M. Bioux eut recours à l'alluminium, il fit avec ce métal une boîte représentant parfaitement le volume du vide à combler et la recouvrit d'une couche de caoutchouc rose. Le nez est en celluloïd. On a choisi cette substance à cause des inconvénients que présente la peinture du nez en métal ou en caoutchouc. Cette peinture a besoin, paraît-il, d'être renouvelée souvent et de plus elle change à la lumière artificielle; il faut donc, dans ce cas, avoir plusieurs nez. Nous avons bien pensé à la porcelaine, qui serait seule capable de donner la coloration exacte des parties restantes, mais on ne l'a pas encore essayée et sa fragilité est sans doute l'obstacle à son application.

Nous avons suivi le conseil de M. Poirier, démonstrateur de prothèse à l'École, ce praticien ayant obtenu d'excellents résultats par le moyen suivant : Faire un nez avec du celluloïd couleur d'ambre et transparent, le celluloïd devant se colorer dans la machine à vapeur, il suffit d'appliquer à l'intérieur du nez une couche d'aniline rouge à l'aide d'un peu d'alcool camphré dans lequel on a ajouté quelques gouttes d'éther nitrique, la couleur se trouvant à l'intérieur ne risque pas de disparaître par le nettoyage. Nous avons obtenu, par cette méthode, un nez très satisfaisant.

M. Preterre n'a jamais essayé le celluloïd pour faire les nez de ses appareils ; il ne critiquera donc pas le procédé, mais il tient à rappeler que tous ceux qu'il a exécutés chez lui sont en argent peint. M. Preterre reconnaît que la peinture doit être refaite fréquemment, mais cet inconvénient est bien peu de chose

quand le patient a pris l'habitude de la refaire lui-même ; au bout de quelque temps il devient un véritable artiste.

M. Poinsot objecte qu'il serait difficile à son malade de peindre son nez puisqu'il est aveugle.

M. Preterre. — Les exceptions confirment toujours la règle; quant au meilleur moyen de rétention de ces nez, il préfère l'emploi des lunettes maintenues à l'aide d'un élastique au-dessus de la tête.

Il a fait l'expérience du pivot se fixant sur l'appareil buccal, moyen employé dans le cas présent, et il a constaté un déplacement du nez, qui alors n'applique plus sur les bords de la perforation chaque fois que le malade ouvre la bouche.

M. Gillard décrit un petit moyen qu'il a employé tout récemment et qu'il espère pouvoir bientôt présenter à la Société. Il se sert également du pivot fixé à l'appareil buccal ; mais à l'aide d'un élastique qui réunit les portions nasale et buccale de l'appareil, il exerce une traction douce et constante d'avant en arrière. M. Gillard pense que le contact serait plus parfait si le pivot fixé sur le nez permettait les mouvements de latéralité ; c'est ce qu'il se propose d'étudier.

M. Dubois insiste sur les avantages que chacun peut tirer de ces présentations. Les mutilations de la face ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans la clientèle privée et il invite les confrères qui peuvent avoir des restaurations semblables à exécuter, à toujours présenter le sujet et les appareils.

M. Preterre promet d'en présenter deux à la Société.

M. le Dr Aubeau a la parole pour faire à la Société une communication, 1° sur l'anesthésie locale au moyen du chlorhydrate de cocaïne et les pulvérisations d'éther combinés, 2° sur l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Cette double communication a été publiée dans l'*Odontologie* (janvier 1886).

M. Poinsot croit qu'en remplaçant l'éther par le chlorure de méthyle le résultat serait plus complet. Pour montrer combien l'action est puissante dans ce cas, il signale ce fait que si après une extraction on prend la dent entre les doigts, elle est glacée. L'isolement des dents voisines s'obtient facilement à l'aide de papier Joseph.

M. le Dr Aubeau reçoit les félicitations et les remerciements de la Société pour son intéressant travail.

M. Heidé présente plusieurs aurifications exécutées par la méthode de Herbst, dans la bouche d'une jeune femme. Il démontre un nouveau moyen de faire une matrice, séance tenante, pour les aurifications de contour.

M. Heidé a remarqué quelquefois la difficulté qu'il y a pour faire tenir les premiers morceaux d'or dans l'emploi de la méthode de Herbst ; il recommande le moyen suivant, qui lui a toujours réussi. Après avoir couvert le fond de la cavité avec les plus gros cylindres, il place sur la couche d'or une boulette de coton, d'agadou ou bien de papier et exerce la retention comme à l'ordinaire. L'interposition de l'une des substances indiquées plus haut a

pour but d'empêcher l'or de suivre le mouvement de l'instrument.

M. Marco Romao présente des cure-dents en bois de pin sauvage.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances.

BRIOUX.

DES DENTS DES GOUTTEUX

par le Dr TH. DAVID.

Les dents des goutteux présentent-elles réellement des caractères particuliers ? Quelle est la valeur de ces particularités anatomiques, s'agit-il d'une malformation primitive ou d'une altération secondaire ? C'est ce que l'on chercherait en vain dans une communication (1) du Dr Milner Fothergill sur la configuration extérieure des dents et des ongles chez les personnes goutteuses. Nous tenons cependant à la reproduire textuellement pour pouvoir ensuite la discuter et la critiquer.

« Il est probable que la configuration extérieure des dents peut devenir un signe caractéristique de la goutte. Les dents sont solides et dans le type *Norse* (2) massives ; leurs arètes sont mousses, épaisses et usées ; elles ont une grande tendance à se déchausser et à tomber non par le fait de la carie, mais par suite d'une ostéite qui s'étend depuis le collet jusqu'à la racine ; la plupart du temps, ces dents ne sont retenues que par le périoste qui les entoure. On voit que les incisives s'usent plus que les canines et que les molaires. Le centre de la surface dentaire est de couleur foncée. Lorsqu'on examine les dents des goutteux, on reconnaît leur structure et leur conformation à première vue ; souvent la gencive est rétractée. Quelquefois les dents de devant de la mâchoire supérieure sont très-épaisses.

Les dents que je vous soumets présentent auniveau de la racine des canines une couche osseuse très accusée ; elles ne sont pas volumineuses quoiqu'elles proviennent d'un goutteux du type « Norse ». Il est superflu d'ajouter que ces dents n'ont pas donné beaucoup de peine au dentiste pour les extraire. Il y a quelques années j'ai parlé des dents goutteuses à la « Harveian Society. » Le Docteur William Steivart a moulé les dents d'un certain nombre de malades manifestement goutteux et les a présentées à

---

1 Communication faite à la *société médicale* de Londres dans la séance du 26 octobre 1885. Voir *The Lancet*, 7 novembre 1885, p. 846.

(2) L'auteur designe sous ce terme un type de goutteux, les goutteux gros, robustes à large face.

la même société ; ces dents présentaient plus ou moins les particularités que je viens de signaler. — Grâce à son amabilité, je puis vous montrer quelques-uns de ces moules aujourd'hui, ce qui vous permettra de fonder votre opinion à ce sujet, J'ai fait dessiner une de ces empreintes qui nous montre les dents à une époque assez précoce. — Elles sont régulières, bien formées, solides sinon larges et commencent manifestement à s'user à leur bord libre. D'après mon expérience, je suis absolument d'avis que des dents usées ainsi appartiennent à des personnes goutteuses.

Ici Charles Scudamore a observé depuis longtemps que les ongles des goutteux étaient d'une dureté et d'une fragilité toute particulières. J'ai moi-même observé que chez les goutteux les ongles perdent vite leur souplesse et qu'ils deviennent *ridés* ou striés jusqu'à laisser voir les faisceaux primitifs qui constituent l'ongle par leur réunion.

Dans les photographies que je vous montre, la première figure représente l'ongle ridé d'une dame goutteuse ; les deux autres ont une histoire intéressante. Un malade qui m'avait consulté il y a un an a vu l'état de ses ongles se modifier sous l'influence du traitement anti goutteux que je lui avais prescrit : les ongles perdirent peu à peu leurs rugosités, leurs stries et redevinrent lisses. L'ongle du pouce a été photographié une première fois alors qu'il avait poussé à moitié et l'on voit la partie inférieure striée et cassante tandis que la partie inférieure est unie, lisse. Photographié de nouveau quand il a été complètement repoussé l'ongle a l'aspect tout à fait normal et a complètement perdu les caractères goutteux.

N'ayant pas fait photographier l'ongle du malade avant le traitement, j'ai placé en regard l'ongle du pouce d'une personne goutteuse dont l'âge et l'état se rapprochaient beaucoup de celui du sujet dont je viens de parler.

Cette communication est loin de satisfaire l'intérêt qu'éveille naturellement son titre. Les altérations dentaires y sont trop vaguement décrites et de plus on y confond des maladies absolument distinctes.

Il n'est pas difficile de reconnaître dans une première sorte d'altérations coronaires, une certaine destruction des dents que quelques auteurs ont attribuée à des troubles trophiques. Nous l'avons nous-même signalée dans l'ataxie locomotrice et depuis lors bien souvent observée chez des personnes atteintes d'affections des centres nerveux, nous l'avons encore rencontrée liée à d'autres troubles de nutrition, tout récemment par exemple chez un goutteux très obèse. Une tabetique que nous soignons avec le professeur Vulpian, présente en outre la striation et l'exfoliation des ongles. De son côté, le Dr Combes a signalé cette alteration dentaire chez les morphinomanes.

Ces lesions trophiques ressemblent beaucoup au processus de la carie ; elles ne se produisent pas toutefois aux

mêmes lieux d'élection. Sur les molaires, saines quelques mois auparavant, à la place des tubercules ou rencontre des excarations, des cupules plus ou moins profondes parfaitement circonscrites, limitées par des parties restées saines sur la même surface triturante. Aux dents antérieures l'altération débute souvent par le collet pour détruire rapidement toute la table externe; aux incisives et aux canines, elle débute quelquefois aussi sur le bord libre, creusant l'ivoire dénudé entre les deux cornets d'émail restés intactes.

Cette destruction s'étend rapidement de proche en proche. En peu de temps, en quelques mois la couronne est complètement rongée, réduite à l'état de clou de girofle, comme si on l'avait trempée dans un bain corrosif ; ou bien elle est attaquée circulairement au collet et tombe un jour dans la bouche.

Telle est la première variété de lésions que M. Fothergill aurait cru observer comme particulière à l'état goutteux. Or d'après ce que nous venons de dire, ces troubles d'ordre trophique se présenteraient dans un assez grand nombre d'autres états pathologiques.

Faut-il s'arrêter à la configuration extérieure, au volume des dents? Il s'agit là de caractères anatomiques primordiaux, bien indépendants de la goutte, qui s'est développée plus tard par suite des excès de régime.

Notre confrère anglais nous parle encore d'une prétendue lésion qui n'est autre que l'usure des dents à leur bord libre par le fait de l'*âge*. Il n'y a vraiment rien là qui soit spécial à la goutte.

Un dernier point doit nous arrêter, c'est celui d'une altération radiculaire de la dent. Autant que nous avons pu comprendre, il nous a paru que l'auteur de la communication précitée faisait intervenir comme caractéristique de la goutte : le déchaussement, l'ébranlement des dents, la résorption ou l'hypergenèse de leurs racines, en un mot les diverses étapes de cette maladie qui a reçu les noms de gingivite expulsive, de pyorrhée alvéolo-dentaire, d'ostéo-périostite, etc., et que nous avons proposé de désigner sous le nom de MALADIE DE FAUCHARD.

On peut parfaitement soutenir que la maladie de Fauchard a pour cause reconnue entre autres, la goutte. Les anciens le croyaient déjà et exprimaient cette relation symptomatique par le terme de *podogra dentium*. Cette opinion se trouve également partagée par la plupart des contemporains. Voici ce que nous lisons dans une brochure de M. le professeur Poinsot (1) :

« Certaines affections rhumatismales ou goutteuses ont pour origine reconnue l'acide urique. Le sang infecté d'acide urique irrite l'organisme en général et la membrane alvéolo-dentaire en particulier.

« Il se produit autour de la membrane une suppuration souvent

1. De la diathèse urique et de son action dans la cavite buccale Paris 1884.

inappréciable au début... la membrane se résout en corps solubles, l'ostéite du maxillaire et du cément, dans ce cas, précède la nécrose de ces tissus et il se produit une résorption osseuse possédant un pouvoir perforant des plus redoutables ».

Parfois l'acide urique ne produit pas la résorption, mais bien des accidents tout opposés. « L'acide urique peut à faible dose, ne déterminer qu'une irritation au lieu d'une inflammation et amener de l'hypergenèse du cément, de la membrane alvéolo-dentaire. Dans une même bouche on trouvera parfois des dents affectées de ces deux altérations différentes; bien plus, sur une même dent à racines multiples, vous pourrez constater ce phénomène. » L'auteur attribue ces lésions dentaires à la présence de l'acide urique que M. le Dr Boucheron a constatée dans les secrétions salivaires ; mais il les a également observées chez les arthritiques, les rhumatisants, les graveleux, les goutteux, les phosphaturiques, les diabétiques, les albuminuriques.

Là où l'auteur anglais commet une erreur et où il laisse percer son ignorance des maladies de la bouche, c'est lorsqu'il avance que des dents déchaussées, branlantes, sont des dents de goutteux. Avec les mêmes lésions, les dents ne peuvent point être à la fois caractéristiques du rhumatisme, de la goutte, du diabète, de la menopause...

En résumé :

1° La goutte peut retentir dans la bouche et devenir la cause occasionnelle de troubles, de lésions diverses, sur les dents, leur périoste, leurs alvéoles.

2° Mais aucune altération ni malformation dentaires ne sont caractéristiques de l'état goutteux.

CAS DE NÉVRALGIES FACIALE

Le Dr W. T. Bull a présenté à la Société chirurgicale de New-York, dans la séance du 10 novembre 1885, un homme qui avait subi deux opérations, l'une sur le maxillaire supérieur, l'autre sur le nerf dentaire inférieur, pour une névralgie rebelle. Ces opérations ont été pratiquées il y a 15 mois; depuis il n'y a eu aucun retour de la douleur et il considère le malade comme guéri.

Voici l'observation de ce malade :

Un veilleur de nuit, âgé de 62 ans, entra à l'hôpital de New-York, le 29 juillet 1882. Il souffrait depuis plusieurs années de douleurs intermittentes dans le côté droit de la face.

Depuis un an, la douleur était devenue plus interne et presque continue.

Il était rhumatisant; pas d'antécédents syphilitiques; paludisme incertain.

Différents traitements avaient été essayés et plusieurs dents enlevées aux deux mâchoires.

Au moment de son admission à l'hôpital il souffrait et ses douleurs étaient en partie soulagées par des injections hypodermiques de morphine.

Il y avait des points douloureux au niveau des trous sous-orbitaire et mentonnier, et sur le condyle de la mâchoire.

Il était émacié et ne pouvait prendre aucun aliment solide; il souffrait aussi en parlant.

Le 11 août 1884, le maxillaire supérieur fut découvert au plancher de l'orbite et un fragment de 3[4 de pouce fut enlevé. L'artère fut divisée et saignait abondamment. L'hémorrhagie fut arrêtée par un tampon de catgut, lié par quelques fils émergeant du centre de la plaie. Pansement au sublimé. La plaie se ferma par première intention au bout de quatre jours.

Le 18 août, le nerf dentaire inférieur fut mis à nu par une incision verticale faite sur la branche montante du maxillaire en ciselant la paroi externe du canal. (Opération de Warem).

L'incision faite assez bas pour éviter le canal de Sténon; les fibres du masseter et le périoste furent soulevés avec l'élévateur et l'angle supérieur de la plaie fortement rétracté. L'ouverture était étroite ; cependant il ne fut pas difficile d'enlever un fragment d'os rectangulaire d'un quart sur 3[4 de pouce. On enleva aussi 3[4 de pouce du nerf. En séparant le nerf de l'artère, celle-ci fut ouverte, mais liée ensuite avec du catgut Un petit drain fut placé dans la plaie, qu'on traita comme la première. Au bout d'une semaine, le pansement étant enlevé, on trouva la plaie fermée sauf à l'orifice du tube ; cet orifice se ferma bientôt à l'aide de l'iodoforme.

Depuis l'opération, le malade n'éprouve plus de douleurs dans la face et l'insensibilité de la région innervée à été complète. Il n'y a pas eu de paralysie faciale.

Aujourd'hui, 15 mois après l'opération, le malade va parfaitement. Il à éprouvé une douleur sourde dans la mâchoire inférieure par les temps humides, mais c'est une gêne légère et qui n'a aucune tendance a augmenter.

M. Markoë a opéré, par un procédé à peu près analogue, un malade atteint d'abord d'une névralgie du nerf dentaire inférieur et bien longtemps après la guérison, d'une névralgiedu nerf maxillaire supérieur. Au bout de cinq ou six ans, la guérison était encore parfaite. (*Médical News*, 5 décembre 1885, p. 633).

Dr Th. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE

M. Marc Lafond. — L'auteur a constaté, tant sur lui-même que sur des animaux, que l'anesthésie, produite par les inhalations de protoxyde d'azote pur, déterminait toujours des phénomènes de glycosurie non pas passagèrement, mais pendant une durée de plusieurs jours. Ces inhalations amenaient aussi, du côté de la respiration, des accidents caractérisés par une modification du rythme, quelquefois un arrêt de la respiration, voire aussi consécutivement la mort. Dans certains cas aussi elles ont entraîné un arrêt des battements du cœur.

M. Paul Bert. — L'emploi d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, sous une pression atmosphérique légèrement augmentée, ne détermine aucun trouble, aucun accident, même si on prolonge son action, comme je l'ai fait, pendant une heure trois quarts.

Je pourrais même citer un vieillard de soixante-seize ans qui, pour échapper à des douleurs hépatiques extrêmement vives, se fit, pendant cinq jours de suite, anesthésier de quatre à sept heures durant sans en éprouver autre chose que quelques troubles cérébraux.

D'ailleurs, plus de 500,000 anesthésies par le protoxyde d'azote ont été faites en France et elles n'ont donné lieu qu'à cinq terminaisons fatales. En réalité, c'est très peu, étant donné que l'administration de ce protoxyde d'azote doit aller jusqu'à l'asphyxie. En résumé, celle-ci n'entraîne avec elle aucun malaise (1).

(*Académie de médecine*, 18 *janvier*.)

ÉRUPTION TARDIVE D'UNE DENT CANINE ET DE LA DEUXIÈME PRÉMOLAIRE

M. Chudzinski présente à la Société d'Anthropologie le crâne d'un jeune individu trouvé dans un cimetière de Reims. — Ce crâne offre un certain intérêt à cause du retard de l'éruption de certaines dents et aussi à cause de l'altération de leur émail. Par ses caractères anatomiques, ce crâne probablement appartient au sexe masculin, comme le prouve le développement assez considérable de ses apophyses mastoïdes, ainsi que la saillie très prononcée de deux lignes courbes occipitales. On peut évaluer l'âge de cet individu d'après l'état de la suture basilaire qui est en train de se souder, de l'ossification des cartilages des condyles occipi-

(1) Les lecteurs de l'*Odontologie* savent que les conclusions du docteur Lafont sont aussi contredites par les observations du docteur Aubeau. V. *Odontologie*, décembre 1885, janvier 1886.

tales et aussi d'après la hauteur, déjà considérable, des apophyses mastoïdes.

Malheureusement le diagnostic de l'âge, d'après la dentition de ce crâne, est impossible à cause du trouble dans son évolution dentaire. Toutefois, on peut estimer, avec sûreté, que ce crâne avait au moins quinze ans, comme nous l'avons dit plus haut.

Malgré l'âge relativement avancé de ce crâne, sa canine droite n'a pas percé la gencive et la pointe de cette dent, qui est très aiguë ne déborde pas le bord de la paroi postérieure de l'alvéole qui la contient. Il en est de même de la seconde prémolaire gauche, qui est aussi enfouie dans son alvéole. La dent de sagesse droite est encore cachée par les gencives et la gauche est avortée.

En outre, la plupart de ces dents sont profondément érodées même la canine, qui n'est pas encore sortie de son alvéole. Cette érosion est surtout remarquable sur la face antérieure des deux incisives médianes. Là on voit, en effet, une perte de substance de la hauteur de 3 millimètres environ, qui avoisine le bord inférieur de ces incisives, et on dirait au premier abord que ces dents ont été limées intentionnellement, dans le sens transversal L'érosion des incisives médianes est limitée en haut par un ligne ponctuée. Pourtant au niveau du bord inférieur de l'incisive médiane droite, on voit deux petits îlots d'émail qui surmontent la surface érodée. Les deux premières molaires grosses présentent aussi une perte de l'émail très considérable. L'incisive latérale droite a une fissure verticale près de son bord interne; l'incisive latérale gauche est parfaitement saine. Sur la face postérieure des incisives médianes, on voit une gouttière profonde qui correspond à l'érosion de la face antérieure de ces incisives.

(*Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, 3e *fascicule* 1885.)

REVUE DES JOURNAUX

I. Méningo-encéphalite d'origine dentaire. — II. Morceau de davier brisé, introduit dans les voies respiratoires. — III. Muguet primitif de la gorge, chez un enfant de six mois.

Méningo-encéphalite avec exophthalmie double, suite de la carie de la première molaire gauche du maxiliaire inférieur.

Les lésions méningitiques et cérébrales, suites de lésions osseuses péricrâniennes, sont depuis trop longtemps connues pour qu'il nous soit venu à l'idée d'en offrir un nouvel exemple à nos collègues de la marine.

L'observation ci-dessous offre un plus grand intérêt. Elle montre le fait étrange de l'invasion d'une méningo-encéphalite avec

exophthalmie à la suite d'une carie bien localisée du maxillaire inférieur.

Les recherches nécropsiques qui ont été faites, avec le plus grand soin, avec l'aide et l'assistance de MM. Marçon, Rançon, médecins de deuxième classe de la marine, Lecorney, médecin de troisième classe, et Morin, médecin missionnaire, donnent à notre observation, que nous devons à l'obligeance de M. Rançon, qui, le premier, a reçu et suivi le malade dans notre service, une importance de premier ordre.

Ils nous apprennent en effet à connaître :

1° Le danger de toute lésion osseuse, quelque bénigne qu'elle paraisse, dans les os contigus au crâne ;

2° La rapide extension possible de ces lésions aux tissus similaires voisins ;

3° Le mode suivant lequel une inflammation osseuse du maxillaire inférieur peut se propager jusque dans la cavité crânienne, pour y donner lieu :

1° A des accidents de méningite et d'encéphalite ;

2° A des caries osseuses ;

3° A des retentissements inflammatoires vers les divers appareils dont les organes sont renfermés dans la boîte crânienne qui les composent.

Observation. — Le nommé *Amadi Cita*, ouvrier chauffeur indigène, à bord de l'aviso *l'Écureuil*, entre à l'hôpital le 31 janvier 1884, envoyé par M. le médecin-major avec la note (*fluxion dentaire*).

C'est un homme vigoureux, bien musclé et paraissant âgé, au plus, de 25 à 28 ans.

Il s'est toujours bien porté avant son entrée à l'hôpital, et c'est, dit-il, la première fois qu'il a mal à la bouche.

Cependant un examen plus attentif de l'habitus du malade nous permet de constater, sur la région dorsale de la verge, une cicatrice linéaire de chancre, sans perte de substance.

Une cicatrice siège également au niveau de la partie interne du tibia droit. Cette cicatrice ressemble plutôt à celle qui suivrait une plaie par instrument, qu'à celles qui sont généralement consécutives à des affections ulcéreuses de la peau.

Les ganglions inguinaux sont engorgés, roulent sous le doigt, mais sont parfaitement insensibles. Il en est de même des ganglions cervicaux et des glandes sous-maxillaires.

Le malade se plaint surtout de ne pouvoir ouvrir la bouche et d'éprouver de vives douleurs du côté gauche, principalement lorsqu'il mâche les aliments qu'il parvient à grand'peine à porter sous les arcades dentaires.

En même temps, on constate un gonflement prononcé de toute la joue gauche. Elle est douloureuse à la pression, et présente un empâtement considérable sans aucune trace de fluctuation.

On arrive difficilement à introduire le doigt dans la bouche pour explorer la paroi buccale de la joue du malade, et on constate alors facilement une tuméfaction prononcée des gencives, de toute la moitié postérieure gauche des arcades dentaires.

Celles-ci sont douloureuses à la pression. Pas d'indices d'abcès à la partie interne de la joue. La joue droite est également le siège d'un

léger gonflement peu douloureux, surtout à l'angle inférieur du maxillaire inférieur. Ce gonflement paraît occasionné par l'affection du côté gauche. L'examen poussé plus loin ne nous a rien fait découvrir de particulier.

Les mouvements de la mâchoire inférieure sont peu étendus et douloureux. C'est à peine si les deux arcades dentaires peuvent s'écarter d'un centimètre et demi environ. Les mouvements de latéralité sont abolis, ceux qui sont provoqués de droite à gauche ne déterminent aucune douleur ; il n'en est pas de même quand on cherche à faire exécuter le mouvement de gauche à droite. L'articulation temporo-maxillaire gauche est alors le siège d'une sensibilité qui a arraché des cris de souffrance au malade dans l'unique tentative que nous avons faite.

La mastication est impossible, mais la déglutition se fait normalement. On constate, en même temps, une fièvre intense. A l'entrée du malade, la peau est brûlante (température de 36°), le pouls plein, quoique très accéléré. Le malade est dans un état de langueur extrême et accuse une céphalalgie intense suivie d'épistaxis, de ballonnement abdominal et de diarrhée légère. La langue est sèche, saburrale, rien de particulier à la poitrine. La miction se fait bien et les urines abondantes ont une couleur rouge foncée.

Elles sont fébriles et contiennent un abondant précipité de phosphates et d'urates.

On prescrit : du bouillon et du lait comme régime : Des onctions de pommade mercurielle belladonée sur les points douloureux et une médication anti-thermique.

1er *Février*. — La fièvre tombe légèrement, mais les douleurs persistent. Le malade éprouve de violentes douleurs abdominales non suivies de diarrhée.

Le ballonnement du ventre persiste, la langue est toujours sèche et fortement saburrale. La température axillaire est de 38°,3.

On prescrit de la soupe, du lait comme régime alimentaire. Une tisane tempérante, de l'iodure potassique, des opiacés et des onctions mercurielles belladonées.

A la contre-visite, pas de changement dans l'état du malade, si ce n'est une exacerbation thermique de 1° environ ; même état local, même état général. Pas de garde-robes depuis 2 jours. On prescrit de l'huile de ricin pour le lendemain.

2 *Février*. — L'état s'est amélioré. L'abcès dentaire s'est ouvert dans la bouche ; vomissements occasionnés par l'huile de ricin, selles abondantes. La température est de 39°.

Le soir à la contre-visite, tuméfaction considérablement diminuée. La suppuration se fait abondamment.

Le malade ouvre mieux la bouche ; il peut même prendre un peu de potage. Toutefois la température devient plus élevée et atteint le chiffre de 40°.

Les symptômes typhoïdes s'accentuent : Prostration, céphalalgie, douleurs abdominales intenses, langue fortement saburrale. La peau est brûlante. Agitation. On prescrit du chloral en potion.

4 *Février*. — Fièvre intense ce matin, 40°,3. Subdelirium dans la nuit. Aggravation de l'état typhoïde ; langue sèche, saburrale, fuliginosités des lèvres et des gencives. Selles fréquentes, prostration, somnolence.

A la visite du soir : Température 40°,1, même état.

On prescrit des toniques et antispasmodiques associés au sulfate de quinine et aux antiseptiques, sous forme de lotions phéniquees.

6 *Février*. — Le malade n'a pas eu de délire dans la nuit. Suppuration par la bouche supprimée ; léger empâtement de la joue. Toutefois difficulté très grande pour le malade quand il s'agit d'ouvrir la bouche.

Respiration normale ; rien au cœur, une selle dans les 24 heures.

Délire, amendement de l'état typhoïde.

Température 39°,2.

A la contre-visite exacerbation de la fièvre.

Température 40°,6.

Persistance du délire.

7 *Février*. — La nuit a été très mauvaise. Délire continuel, cris hydrencéphaliques, selles involontaires. La température au moment de la contre-visite est de 40°,7. Tendance marquée à l'exophthalmie. Tuméfaction violacée des paupières, convulsions cloniques. Frissons, miction involontaire ; urines très chargées en phosphates et en urates.

Le soir de la contre-visite : Température à 39°,1. Contracture musculaire, raideur des muscles du cou (*opisthothonos*). Trismus. Exophthalmie plus marquée. Chémosis péricornéen, surtout à gauche, vision conservée, pupille sensible.

8 *Février*. — Les contractures augmentent et se généralisent. Le malade pousse des gémissements. Sa tête est en arrière, en état de rigidité complète. La respiration est anxieuse. L'exophthalmie est tellement prononcée, que l'œil semble être littéralement hors de l'orbite et sur le point de tomber, ainsi que le disait l'infirmier de la salle. Cet exorbitisme est moins prononcé à droite. Ayant soupçonné déjà la migration du pus vers des parties centrales de la voûte crânienne, on attribue l'exophthalmie au passage du pus dans la cavité orbitaire et on pratique, en conséquence, une incision de 1 centimètre à la commissure externe de l'œil gauche et une ponction dans le tissu cellulaire situé autour de la capsule de Ténon. Pas d'écoulement de pus.

On applique un bandage contentif émollient, on prescrit des toniques, des antithermiques, mais sans le moindre succès. Le mal s'aggrave, les convulsions, les contractures augmentent. La respiration se ralentit, les muscles inspirateurs se tétanisent et plongent le malade dans le coma. La mort survient à 3 heures de l'après-midi.

Si nous résumons, par une synthèse générale, l'ensemble des faits pathologiques qui viennent d'être énoncés, il nous sera facile de justifier, au point de vue clinique, le diagnostic qui avait été établi dès l'apparition de l'exophthalmie et des symptômes cérébraux.

Entré dans notre service pour un abcès dentaire, suite de carie de la première et de la deuxième molaire gauche, maxillaire inférieur, le malade accuse d'abord des symptômes locaux. Le pus se fait jour et s'écoule en partie par la bouche, mais la maladie est loin de vouloir s'arrêter.

A la tuméfaction localisée du début succède, à gauche surtout, un empâtement de toute la région temporo-maxillaire. Les mouvements du maxillaire inférieur, qui paraissaient s'être dégagés lors de l'ouverture de l'abcès, deviennent plus difficiles. Le malade est envoyé à l'hôpital, à cette période.

La fièvre s'allume, les céphalies apparaissent, les contractures et les convulsions s'annoncent et s'établissent, l'exophthalmie se déclare, en même temps, et devient enfin telle que l'œil semble vouloir s'échapper de l'orbite, surtout à gauche.

Quelques gouttelettes de pus s'écoulent de l'oreille. Le trimus augmente ; l'opisthothonos est aussi plus prononcé, et nous voyons enfin le malade plongé dans le coma avec une température de 40°,7.

Abstraction faite de quelques syptômes d'apparence typhoïde, qui auraient pu en imposer, nous avions évidemment, sous les yeux, le cadre complet d'une méningo-encéphalite.

Celle-ci ne pouvait pas s'être déclarée spontanément ; elle devait être dépendante des mêmes causes que celles qui avaient donné lieu à l'exophthalmie dont l'invasion, ainsi qu'il a été dit, a été brusque, puisque le malade n'en offrait aucune trace à son entrée à l'hôpital.

Or, parmi ces causes, nous en avions une sous les yeux ; nous voulons parler du foyer de suppuration du maxillaire inférieur. N'avions-nous pas eu à constater, en effet, la propagation inflammatoire du foyer de carie jusqu'à la région temporo-maxillaire ?

N'avions-nous pas eu à noter, à la suite de cette propagation, les troubles cérébraux et sensoriels dans les organes de la vue et de l'ouïe ?

On ne pourrait donc en douter ; il existait entre le foyer de carie du maxillaire inférieur gauche et les lésions cérébrales observées un rapport manifeste de cause à effet.

C'est, du reste, ce que l'autopsie nous a prouvé, ainsi que nous allons le démontrer, de même qu'elle nous a permis de suivre la migration des poussées inflammatoires depuis le foyer jusqu'à l'intérieur du crâne, côté gauche et jusqu'aux deux tiers inférieurs de la branche montante du maxillaire du côté droit.

(*A suivre.*)

Morceau de davier brisé introduit dans les voies respiratoires. Traitement par la trachéotomie.

Une jeune servante de 24 ans ayant à se faire enlever plusieurs racines pour pouvoir porter un appareil à la mâchoire supérieure, fut dans ce but chloformisée et opérée par M M. Jackson, chirurgien et Sanders, dentiste.

Plusieurs racines furent avulsées aisément, il n'en fut pas de même d'une petite molaire qui résista à une première tentative; à la seconde l'opérateur vit la lame palatine du davier se casser et disparaître.

La patiente devint livide, et présenta immédiatement des symptômes de suffocation, elle parut à toute extrémité pendant un certain temps.

La respiration artificielle la fit revenir, mais les efforts pour la débarrasser du fragment d'instrument furent vains.

Pendant les 5 à 6 semaines suivantes les symptômes ne furent pas très alarmants, quoique la patiente se plaignit de douleurs à la droite du sternum et eût des accès spasmodiques de toux accompagnée de crachats sanguinolents. L'affaiblissement en résulta et 7 semaines après l'accident elle entra à l'hôpital Saint Thomas de Londres. A la suite de l'auscultation, on acquit la certitude que le corps étranger était enfoui dans la bronche droite et qu'il ne serait pas expulsé par la toux.

L'extraction par la trachée fut décidée, elle s'exécuta avec assez de difficultés, le morceau d'acier glissant sous la pince, ce ne fut qu'en entourant celle-ci de fil de soie qu'on put l'amener au dehors ; il avait au moins un pouce de long. Le davier cassé portait la marque d'Evrad et n'avait aucune apparence de défaut.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses.

(*British. Journ. of. Dent, Science et Rev. Odontolog de Belgique*).

MUGUET PRIMITIF DE LA GORGE CHEZ UN ENFANT DE 6 MOIS

par Ed. TORDENS.

On sait que la cavité buccale est le siège de prédilection du muguet, et toujours on admettait, jusque dans ces derniers temps, sa localisation primitive. Cependant on a récemment décrit le muguet primitif du pharynx (Damaschino, de Beauvais, Brocq) chez les adultes, notamment, et en particulier, à la suite de maladies générales. Le fait de Tordens se rapporte à un enfant de six mois, d'une santé parfaite, dans de bonnes conditions hygiéniques et chez lequel l'apparition de plaques blanchâtres sur le pharynx, accompagnant une toux rauque, avait, du premier abord, pu faire redouter une angine croupale. L'absence de fièvres, d'adénites, etc., écarait déjà ce danger; mais l'examen microscopique démontrant la présence de l'oïdium albicans indiqua la véritable nature de la maladie, dont vinrent facilement à bout des badigeonnages au borate de soude, le bicarbonate de soude à l'intérieur et des inhalations d'eau de chaux. L'observation intéressante du distingué médecin de Bruxelles démontre à la fois la possibilité du développement du muguet dans les meilleures conditions hygiéniques et de sa localisation primitive au pharynx, fait que son excessive rareté ne doit cependant pas faire perdre de vue.

Journ. de méd. et pharmac. de Bruxelles et Union médicale.

BIBLIOGRAPHIE

Altérations professionnelles de la bouche et des dents

Par Henry Didsbury

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien externe des hôpitaux, etc.
Paris, Vieweg, 1885

Ce travail est le fruit d'un labeur considérable; il groupe des faits, des renseignements, et quiconque s'occupe de la question le consultera avec profit.

L'énumération des professions causant des désordres buccaux, dentaires est plus longue qu'on ne le soupçonne et c'est rendre service que d'avoir tenté d'en dresser la liste.

Si la description pathologique manque un peu de précision, d'étendue, cela tient à la double destination du livre, que l'auteur motive ainsi dans son introduction. :

» Nous voulions éviter à tout prix d'écrire un ouvrage des-
» tiné à n'être lu que par quelques courageux qui poursuivent
» quand même leur lecture jusqu'au bout.
» L'hygiène mêlée à quelques chapitres de médecine légale de-
» vait nous tendre la main et nous fournir un sujet intéressant,
» non seulement pour le spécialiste, mais encore pour tout le
» monde. »

C'était là une mauvaise inspiration qui devait stériliser la compétence, le savoir certains de M. H. Didsbury.

Traiter d'une manière exclusivement scientifique un sujet aussi neuf, aussi intéressant aurait dû tenter notre confrère.

Quoi qu'il en soit, il a ouvert la voie et, s'il n'a pas exploré le chemin dans toute sa longueur, s'il ne nous l'a pas fait complètement connaître, il n'en a pas moins montré les principales particularités.

Le chapitre sur le phosphore est fort bien traité; il combat l'opinion de Magitot qui niait la production de la nécrose phosphorée dans les bouches indemnes de dents cariées, et montre, que la carie dentaire est une des manifestations primitives de la nécrose. « Le phosphore commence précisément par carier les » dents et surtout par amener de la carie dentaire. » Donc on n'observerait pas la nécrose sur les individus aux dents saines par une bonne raison: elle ne s'était pas encore produite.

Nous ne ferons pas les mêmes éloges du chapitre traitant des professions où l'on subit le contact des acides ou de leurs émanations; il était pour nous d'une importance particulière, non seulement au point de vue de l'hygiène, mais encore pour éclairer l'étiologie de la carie dentaire. Nous pensions que l'auteur nous montrerait le rôle des différents acides, leur action d'élection sur l'un ou plu-

sieurs des tissus durs de la dent, et que mieux que dans les expériences de laboratoire de Magitot, on verrait le processus de ce genre d'altérations. Il cite les conclusions de MM, Wescott et Dalrymphe faites en 1843, sans y ajouter des observations personnelles. C'est une lacune regrettable. Pourtant les ouvriers travaillant les acides sont nombreux et la science et la pratique auraient trouvé grand bénéfice de l'observation précise, détaillée d'un dentiste sur ce point. Le sucre particulièrement demandait une étude approfondie et l'examen des dents d'ouvriers confiseurs, pâtissiers, cuisiniers, etc., — qui du reste sont oubliés dans la nomenclature des professions, — la description des formes de début, de la marche des altérations dentaires que l'exercice professionnel leur cause auraient servi puissamment l'étude de l'action du sucre et des acides végétaux sur les tissus dentaires. Nous regrettons de semblables omissions.

Taine a écrit quelque part : *Une science ne peut avancer que par des monographies détaillés et précises.* Cela est surtout un besoin en odontologie à l'heure actuelle. Limiter étroitement son champ d'explorations est sage, pratique, et il est plus profitable de montrer le tout en étudiant minutieusement une de ses parties, qu'en essayant des synthèses hâtives.

Si l'étude des altérations professionnelles de la bouche et des dents n'est pas entièrement connue, le travail de M. H. Didsbury n'en a pas moins le mérite d'avoir confirmé son importance et commencé l'enquête. Dautres la poursuivront.

Du rôle de la dentition dans la pathologie infantile par le Dr Sejournet (Mémoire couronné par l'Académie de Médecine)

Sans dénier toute importance au rôle pathogénique de l'éruption des dents, M. Sejournet pense qu'elle n'a qu'une action déterminante, occasionnelle et que l'état général mauvais, même à l'état latent, est le facteur le plus important de l'apparition, de la gravité des accidents dits de dentition.

Les observations relatées dans ce mémoire sont assez nombreuses (113), classées avec méthode, interprétées par un esprit judicieux, elles serviront à élucider cette question embrouillée.

La contemporanéité des accidents gastro-intestinaux, nerveux, cutanés etc., etc., et du travail d'éruption des dents a été souvent constatée; on en a induit à tort qu'il y avait là une relation de cause à effet Rien n'est moins prouvé.

En analysant les conditions du phénomène, en discernant les facteurs multiples en présence, on acquiert la conviction que là comme pour les maladies infectieuses, les causes prédisposantes, le terrain, sont comme importance supérieurs au trouble accidentel, à l'inoculation, et que le début de l'affection n'est que le dernier terme de la série, l'évolution et parfois la complication d'un trouble caché jusque-là. En consultant les tableaux résumant les observations on constate des rapprochements, qui confirment l'importance de la diététique de l'hy-

giène générale, de l'hérédité. Nous signalons ce qui concerne l'influence de l'allaitement.

Sur 113 enfants observés 47 n'eurent pas d'accidents de dentition. Sur ces 47 favorisés, 26 avaient été nourris exclusivement au sein jusqu'à 12 ou 15 mois, les 21 autres étaient soumis au régime mixte. De plus, des différences s'observent entre les enfants d'une même famille, ceux nourris au sein n'ayant pas d'accidents de dentition, les autres y ayant donné lieu.

Sur les enfants gros, sur ceux à dentition tardive on observe fréquement les accidents de dentition, ils sont aussi plus graves.

Les pathologistes du commencement du siècle croyaient que l'acte physiologique de la dentition était la cause la plus fréquente des maladies de l'enfance. MM. Tomes, Magitot luttèrent contre ces exagérations. L'opinion de ce dernier fut reproduite dans la thèse de M. Levèque.

En voici les conclusions :

« 1° Il n'a jamais été établi d'une manière incontestable aucune relation de cause à effet entre la dentition et les accidents qu'on lui « attribue ; 2° on rencontre dans la science un grand nombre de faits « pathologiques de l'enfance auxquels la dentition d'abord incriminée « a été reconnue parfaitement étrangère ; 3° Des expériences directes « ayant pour objet des blessures du follicule ou du bord gingival chez « les chiens nouveau nés n'ont produit aucun accident dit de denti- « tion ; 4° Il est reconnu que les phénomènes morbides observés dans « le premier âge chez les animaux domestiques et tout à fait compa- « rables aux accidents de l'enfance chez l'homme, sont absolument « indépendants de la dentition ; 5° La théorie des accidents dits de « dentition ne nous paraît basée jusqu'à présent sur aucune preuve ab- « solue ; 6° Les accidents considérés chez le nouveau né comme étant « sous la dépendance de la dentition doivent, selon nous, être rattachés « à un ensemble de phénomènes mal connus encore, et que l'on « pourrait désigner par un terme général, ne préjugeant rien : acci- « dents ou maladies de l'évolution du premier âge ».

A ces conclusions M. Sejournet veut substituer une formule moins négative du rôle pathogénique de la dentition en disant :

Les accidents d'origine dentaire sont un produit dont la dentition n'est le plus souvent qu'un des facteurs.

La contradiction n'est pas absolue, car les uns et les autres n'accordent à l'évolution dentaire qu'une part restreinte dans la production des maladies de l'enfance.

PAUL DUBOIS.

L'Hygiène de la beauté (1), par le docteur E. MONIN.

M. Octave Doin, libraire-éditeur, place de l'Odéon, vient de publier pour les gens du monde, *l'Hygiène de la beauté*, formulaire cosmétique par le docteur E. MONIN, avec préface de Catulle Mendès

(1) Paris. O Doin 1886. in 12, 220 pages.

Le sympathique écrivain a su, dans un manuel précis et attrayant, dicter aux personnes soucieuses de plaire, les règles que l'hygiène conseille pour l'entretien et le perfectionnement de la beauté.

En ce qui concerne les dents, l'auteur donne d'utiles conseils; les conclusions suivantes que nous reproduisons en donneront une idée, et nous souhaiterions les voir mises à profit par nos contemporains.

« On affirmait récemment que l'usage du pain noir (c'est-à-dire du pain qui renferme les matières terreuses de la périphérie du grain) est d'une très grande utilité pour la nutrition et la conservation des dents. Cette action est commune à tous les aliments riches en phosphates de chaux, la farine d'avoine, par exemple : les Ecossais, qui en font la base de leur nourriture, ont, paraît-il, une dentition exceptionnelle. Il ne faut donc jamais oublier de remédier, chez les enfants, à la pénurie des phosphates alimentaires. Un enfant nourri de pain noir, de farine d'avoine, de la viande cartilagineuse du veau, etc., verra son système osseux, et les dents, qui sont des *ostéoïdes* (pareilles à des os) prospérer et se fortifier visiblement.

« Si le travail prématuré des écoliers nuit beaucoup au développement de leurs dents, cela tient à ce que l'effort cérébral (comme l'a démontré le regretté Byasson), consomme et élimine une notable quantité de phosphates. Quoi qu'il en soit, les professeurs et chefs d'institution ont toujours remarqué que les premiers élèves des classes ont généralement la plus déplorable dentition.

« Il est temps de remédier chez nous, par une hygiène serrée, aux altérations dentaires de plus en plus fréquentes dans notre race : l'érosion dentaire, la dent naine, la vulnérabilité des dents, leur usure facile, leur caducité précoce, peuvent presque toujours être évitées et prévenues par l'hygiène et la thérapeutique. Quant à la chirurgie dentaire, on peut en dire ce que Thiers disait à tort de la République : elle doit être conservatrice ou elle ne sera pas. La deuxième dentition et l'éruption des dents de sagesse s'accompagnent d'accidents qui réclament les soins les plus éclairés : on ne doit pas plus abandonner ces accidents au premier venu des arracheurs de dents qu'on ne doit les abandonner à la marâtre nature.

« Un nombre considérable de caries est dû à des chocs plutôt qu'à des altérations chimiques. Les paysans perdent leurs dents en s'en servant pour casser des noisettes ou des noyaux, ou en mordant dans des aliments plus ou moins compactes. Nous voyons au contraire, selon la juste remarque de M. Aubé, les phtisiques, dont toutes les sécrétions sont prodigieusement altérées, mourir le plus souvent avec une dentition superbe. La conclusion est donc en faveur de la théorie physique de la ca carie, contre la théorie chimique, trop exclusivement soutenue par Magitot. »

L'Hygiène de la beauté aura le succès de la popularité qu'ont eu tous les autres ouvrages du docteur E. Monin, qui possède, à un haut degré, le sens si délicat de la vulgarisation.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885-86)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MEMOIRES, ARTICLES, PUBLIES EN FRANÇAIS

Agenda-formulaire des médecins praticiens pour 1886. Delahaye e Lecrosnier, pet. in-12, 432 p.

Chauvin (J. C. G.). — De l'emploi des pulvérisations de chlorure de methyle, in-4°, 88 p. Lyon, imp. nouvelle.

Godon. — Projet de fondation à Paris d'une école professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires, in-8°, 45 p., Paris, Alcan Lévy.

Cadenaule. — Du traitement des névralgies par les courants continus. (Th. de Bordeaux).

Peyronnet de la Fonvielle. — De la névralgie du trijumeau et en particulier de son traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle.

Bourgeois. — Etude anatomique et pathologique du sinus maxillaire dans ses rapports avec les dents. (Th. de Lille 1885).

Malassez. — Sur le rôle des débris épitheliaux paradentaires. (Arch. de Physiologie 1885.)

Pradal. — Contribution à l'étude du chlorydrate de cocaïne au point de vue de ses actions physiologiques et therapeutiques, in-4°, 68 p. Montpellier, imp. Hamelin

Manhoa. — Quelques considérations sur l'atrophie du maxillaire supérieur dans l'ataxie locomotrice. (Th. de Montpellier.)

Aussenac. — Contribution à l'étude des kystes du maxillaire inférieur (Th. de Montpellier).

Clément. — Etude sur la paraldéhyde. (Th de Montpellier.)

Bert (Paul). — Leçons d'anatomie et de physiologie animale, in-8° 260 p.

Tripier (A.). — Electrologie médicale; précis thérapeutique et instrumental, in-8°, et fig.

Boneval (René). — Nouvelles notes d'histologie normale à l'usage des étudiants en medecine. In-8°. 175 p. avec fig. A. Maloine.

Corlieu (A.). — Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'accouchements. Vade-mecum du praticien. 4e édit. In-18, 700 p. avec 448 fig.

Pollosson (Maurice). — Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par l'appareil de M. Martin. (*Lyon Méd.*, 18 oct.)

Gross et *Vautrain.* — XXIX et XXX. Grenouillette aiguë. XXXI. Chondro-sarcome de la glande sous-maxiliaire. Extirpation. Guérison (*Rev. Méd. de l'Est*, Nancy, 15 janv.)

Blanc (Ed.). — Etude critique et clinique sur les altérations dentaires attribuees à la syphilis héréditaire. (*Lyon Méd.*, 17, 24 janvier.)

Castex (A.). — Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Clinique et intervention chirurgicale. (*Revue de Chir.*, 10 janv.)

Debout d'Estrées. — Un nouveau fait de goutte parotidienne. (*Journ. de Méd.*, Bordeaux, 24 janvier.)

Dunogier. — Deuxième note sur l'action anesthésique du chlorydrate de cocaïne en odontologie. Bergerac, imp. Blanquie.

Lamoureux. — Des appareils en anesthésie chirurgicale. (Th. de Paris.)

Lermoyez. — Etude expérimentale sur la phonation.

Almanach-Annuaire des médecins pharmaciens, etc., pour Paris, les départements, l'Algérie et les colonies (1886). In-18 jésus, 738 p. Paris, imp. et lib. Alcan Lévy, 2 fr. (6 janvier) 805

Barberet. — Le Travail en France, monographies professionnelles. T. 1, in-8°, VIII, 488 p., Nancy, imp. et lib. Berger Levrault et Cie Paris, même maison 821

Galippe. — Note sur un champignon développé dans la salive humaine. (un connais. médic., 7-14-21 janv. 1886)

Hermantier. — Tuberculose de la voûte palatine (Th. de Paris.)

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES.

Bernays. — A case of cystic tumor of the jaw in a negro.(Un cas de tumeur kystique sur le maxillaire d'un nègre) Méd. Record II, p.1-5.

Buxton. — The pratice of artificial anaesthesia, local and general. (La pratique de l'anasthésie artificielle locale et générale.) *Brit. Méd. Journ*, p. 531, 1885.

Chiene. — On anaesthetics (Sur les anesthésiques) *Brit. Méd Journ.* p. 539, 1885.

Transactions of the american dental association at the twenty-fifth annual session held at Minneapolis.

Witzel. — Antiseptische Behandlung der Pulpakrankheiten. (Traitement antiseptique des maladies de la pulpe. Ash et Sons)

M. Morgenstern. — Untersuchungen über den Ursprung der Gleibenden Zœhne (Recherches sur l'origine des dents permanentes). Arthur Félix, Leipsig.

Busch. — Ueber die Entstehung der Erosionen an den Kronen der ane. (*Deut. Med. Woch.*, 14 janv.) Sur les causes des érosions de la couronne des dents

Bockhart (Max). — Cocain als Anodynon bei Mercurialstomatitis. (*Monats. f. pract. Dermatal.*, n° 2.) — Cocaïne comme anesthésique contre les douleurs de la stomatite mercurielle.

Liebert. Epilepsie duch. Extraction eines Zahnes geheilt. *Deuts. me . Woch.*, Berlin, 10 sept.) — Epilepsie guérie par l'extraction d'une dent

Bo in (W.). Poisoning by Carbolic Acid. Empoisonnement par l'acide phénique (Londres, 16 janv.) *British Med. Jour.*

Cormac (William Mac). Extraction of the Blade of a Tooth-Forceps from the Right Bronchus. — Extraction d'un fragment de davier de la bronche droite. (*Lancet*,

Witzel. Compendium der Pathologie und Thérapie. — Résumé pathologique et thérapeutique des maladies de la pulpe (Osh. et Sons. Berlin.

J. Arkövy. Diagnotik der Zœhnkrankheiten und der durch Zœhnleiden Bedingten Kiefererkrankungen nebst einem Ankange Ueber die Differentialdiagnose von Zahn und Augen, als auch Ohrenkrankheiten. — Diagnostic des maladies des dents et des affections consécutives des mâchoires et avec un court résumé sur le diagnostic diffé-

rentiel des affections des dents, des yeux et des oreilles (Julius Bohne, in Berlin.

P. Detzner. Praktische Darstellung der Zœhnersatzkunde. (Résumé pratique de prothèse dentaire). Osh. et Sons.

Bayer. — Zwei Fälle von sog. chloroformtod. (Deux cas de mort par le chloroforme.) *Wochenschr. Prag. med.* 1885, p. 357-367.

Carle A. et Musso. — Ueber das Verhalten des Blutkreis taufes im Gehim Während der chloroformnarkose. (La circulation du sang au cerveau pendant l'anesthésie par le chloroforme.) . *Wien med. Wochenschr.* 1885, 1009-1019

Chievitz.— Beiträge Zur Entwichlungsgescheichte der Speicheldrusen (Contribution à l'histoire du développement des glandes salivaires). Arch. f. Anat u. Physiol. 1885. p. 401-436.

Herz.— Beitrag sur keuntniss der Kiefer-Rachitis.(Sur le rachitisme des mâchoires.) *Arch. f. Kinderheilk.* Vol. VII. p. 33-43.

Ingals. — Leucoplakia buccalis et lingualis or ichtyosis linguæ (Leucoplasie buccale et linguale.) *New York. Med. Journ.* 1885,II. p. 87-92.

Joseph — Beitrag zur therapie der Leucoplakia, (Contribution à la therapeutique de la leucoplasie.) *Deutsch Med. Wochenschr* 1885, p. 738 7:9

Kaazorowshi. — Der ätiologische zusammenhang zwischen eutzündung des Zahnfleisches und anderweitigen Kraukheiten. (Sur les rapports étiologiques des maladies des gencives et d'autres affections.) *Deutsch. Med. Wochenschr*, 1885, p. 570-609.

Fischer. — Compulsory, attention to the teeth of school children. (Surveillance des dents des enfants dans les ecoles.) Procès-verbaux de l'Association Dentaire britannique, session de Cambridge.

Mears (J Eving) — Phosphorus-necrosis of the Jaws.(*Philadelphia, Med. Times*, 9 janv.) — Necr phosph. des mâchoires.

Currie (W. Austin)—The Æsthetic Application of Dental Art (*Journ. of the Amer. Med. Ass.*, Chicago, 9 janv.) — Applications esthétique de l'art dentaire.

Langer (L. von). — Ueber Kaumuskellæhmungen und Trismus bei Herderkrankungen des Gehirns. (*Wiener Med. Woch.*, 30 janv.) — Des paralysies des muscles de la mastication et le trismus dans les maladies cérébrales en foyer.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort d'un des vétérans de la profession, M. Picard. Peu connu de notre génération, dont il ne pouvait, à son âge, seconder les efforts, il ne les suivait pas moins d'une attention sympathique, et nous étions fiers de son approbation et de ses conseils.

Sa modestie, sa délicatesse firent qu'il ne fut connu et estimé que d'un petit nombre d'entre nous; et pourtant, bien peu l'égalèrent par la grandeur du caractère, la droiture de la vie. Le devoir lui fut souvent difficile, mais il était de ceux qui ne reculent pas devant ses exigences, si douloureuses. si pénibles fussent-elles, et il pouvait dire avec le poète :

Je crois ce que je dis, je fais ce que je crois.

M. Picard était né en 1812. A l'âge de choisir une profession il fut d'abord employé chez un architecte, puis travailla les métaux comme horloger, et enfin comme ciseleur. Il garda toujours de ce métier des aptitudes artistiques et plus tard cela lui servit pour la sculpture des pièces en hippopotame, qu'il faisait avec beaucoup de talent.

La révolution de 1830 arrêta le travail dans les industries de luxe et les tendances généreuses, libérales du jeune Picard le firent participer au mouvement qui renversa d'une manière définitive les Bourbons.

Un différend de famille le fit s'engager, il resta au service les sept années qu'on demandait alors; et à son retour, en 1837, à 25 ans, il embrassa notre profession.

Deux de ses frères étaient dentistes, l'aîné lui apprit les premières notions de son art, puis le plaça chez un confrère estimé, M. Hattute. Ensuite, il travailla comme opérateur et comme mécanicien chez M. Lefoulon qui fut, on le sait, un dentiste éminent de sa génération.

Un peu plus tard, M. Picard s'installa bien modestement dans une petite maison de la rue des Orties-Saint-Honoré, qui faisait partie du groupe de petites rues entourant la Butte des Moulins et que les travaux de l'avenue de l'Opéra ont fait disparaître.

En 1843, il put s'établir place Gaillon, où il resta jusqu'en 1884, époque où sa longue vie de labeurs, de luttes, le força d'abandonner la profession qu'il avait pratiquée avec talent pendant 47 ans.

Quoique d'un temps où la connaissance professionnelle était d'apprentissage difficile, M. Picard n'en possédait pas moins toutes les ressources de son art. Il avait poussé des études médicales assez loin et seules les nécessités de la vie, les charges de famille l'empêchèrent de les poursuivre et d'obtenir le grade qui les consacrait.

Rien n'égala la rigoureuse probité, la conscience de notre confrère D'un libéralisme, d'une générosité magnanimes, toute sa vie fut un long service à la cause de l'humanité. En 1848, il installa rue Gaillon, dans une des boutiques vides de la maison, une ambulance. En 1870, pendant le siège, malgré ses 58 ans, il voulut faire partie des compagnies de marche et alla à plusieurs reprises aux avant-postes. Pendant la Commune, malgré les malheurs personnels qui l'accablaient coup sur coup, il voulut encore contribuer au soulagement des blessés, en servant d'aide à l'ambulance du Théâtre-Italien où il fut arrêté avec sa fille pour être emmené ensuite à Satory. Une ordonnance de non-lieu lui rendait la liberté qu'il refusa si sa fille, compagne et consolatrice de ses vieux jours, ne lui était pas rendue. Sa courageuse obstination finit par obtenir gain de cause.

Avec ses connaissances artistiques, un goût délicat, M. Picard avait su s'entourer d'œuvres d'art dont certaines avaient une haute valeur et ce fut pour lui un grand déchirement de se séparer de la collection qu'il avait formée.

Il avait prêté son concours gratuit à nombre d'institutions philanthropiques, et la Société du Bois-de-Boulogne dont il avait été le dentiste pendant de longues années, lui offrit une médaille d'or en témoignage de reconnaissance. La Ligue de l'Enseignement, la Société Républicaine du 2e arrondissement, le comptèrent parmi ses fondateurs. L'un des membres de cette dernière exprima la haute estime dont il était entouré.

Les tentatives de réglementation trouvèrent en ce vieux libéral, un adversaire résolu, et il voulut nous apporter l'appui de ses conseils et de sa signature. Le conseil d'administration de l'Ecole Dentaire de Paris le nomma membre honoraire, et cette distinction qu'il avait

refusée quand on la lui avait offerte autre part, fut accueillie venant de nous avec reconnaissance.

Le jugement de sa conscience avait été son seul guide dans la conduite de sa vie et il ne voulut pas que ses obsèques fussent une rétractation de ses convictions : elles furent purement civiles.

L'Association Générale des Dentistes de France était représentée par MM. Dubois, A. Dugit et Godon ; une couronne fut déposée par eux au nom de tous sur sa tombe.

Nous sommes fiers d'avoir compté un homme de la valeur morale de M. Picard parmi les nôtres et de le faire connaître à nos lecteurs.

P. D.

Après les vieux, les jeunes, et le surlendemain des obsèques de M. Picard nous avions un autre douloureux devoir à remplir. Un de nos derniers diplômés dont M. Godon fait connaître à tous les qualités de cœur, les heureux commencements professionnels, succombait, après une maladie de plusieurs mois, à la tuberculose pulmonaire. Ses compatriotes, ses maîtres, ses camarades, des confrères avaient voulu lui rendre les derniers devoirs. La colonie Bolivienne lui avait acheté une concession à perpétuité sur le sol où s'étaient passées ses dernières années.

Des couronnes au nom de ses compatriotes de l'Association Générale, de l'Ecole Dentaire de Paris, de ses élèves, furent déposées sur sa tombe.

M. Missa exprima les regrets de ses compatriotes, puis M. Godon prononça les paroles que nous reproduisons ci-dessous ; enfin M. Eilersen, au nom de ses camarades, lui dit un dernier adieu en quelques mots émus.

Discours de M. Godon

Messieurs,

Avant de laisser se fermer pour toujours cette tombe que la fatalité a si prématurément ouverte, laissez-moi adresser à celui qui va y reposer pour toujours, à Toribia Quiroga, un mot d'adieu.

Au nom de l'Association Générale des Dentistes de France dont il était un des membres, au nom de l'Ecole Dentaire de Paris dont il fut un des plus brillants et des plus laborieux élèves, permettez-moi d'exprimer ici les regrets et la douleur que nous cause sa triste fin.

Quiroga était venu il y a trois ans, à Paris, de la Bolivie pour apprendre notre art. Il avait quitté sa famille et son pays, avide de savoir et de progrès, et il espérait, ses études terminées, retourner au milieu des siens pour exercer dignement, avec honneur, notre profession.

Il s'etait mis avec ardeur au travail, et avait fait sans se plaindre, pour acquérir de nouvelles connaissances, tous les sacrifices de temps et d'énergies nécessaires. Il avait par sa persévérance vaincu toutes les difficultés, il avait non-seulement acquis le savoir professionnel, mais encore obtenu brillamment le diplôme qui le constate, car malgré sa connaissance imparfaite de notre langue il avait été deux fois lauréat. Son but était atteint, il allait pouvoir retourner là-bas dans son pays, où sa famille et ses amis qui ont applaudi à ses succès l'attendaient pour fêter son retour.

Et c'est alors que cette cruelle et implacable maladie l'atteint et qu'en quelques mois, tout ce labeur, tout cet acquis est détruit, perdu sans retour.

Et cependant, vous tous qui l'avez connu et apprécié, vous qui étiez de ses amis, vous qui avez été ses condisciples, vous avez pu apprécier combien ce grand et bon garçon, travailleur et intelligent, était digne de vivre et promettait d'être utile à la société.

En présence de cette fin si rapide, de cette existence si cruellement brisée, loin de sa patrie, sur une terre que vos sympathies ont pu lui rendre hospitalière, mais qui n'en était pas moins étrangère, il n'est pas un de nous qui n'ait éprouvé un violent sentiment de révolte contre cette injustice du sort, cette cruauté du destin qui fauche à l'âge des grandes espérances, les mieux doués avant qu'ils n'aient pu porter tous leurs fruits, avant qu'ils n'aient réalisé ce que la société attendait d'eux.

Et loin d'adresser à tous ceux qui le pleurent une vaine consolation devant cette perte que rien ne peut réparer, je ne puis que me joindre à eux pour partager leur douleur.

Les nombreuses marques de sympathies qu'il a reçues de chacun d'entre nous pendant cette terrible maladie dont nous suivions tous avec anxiété les progrès, ont dû à ses derniers moments lui rendre moins douloureuse l'absence de sa famille dont tant de distance le séparait.

Elles ont prouvé aussi, et notre présence autour de cette tombe vient l'affirmer encore, que chez nous la solidarité professionnelle n'est pas un vain mot et que ces tristes circonstances permettent d'en donner une des plus touchantes et des plus précieuses manifestations.

Et maintenant avant de nous séparer, avant de le quitter pour toujours, j'adresse à celui qui fut Toribia Quiroga, à notre ami à tous, au nom de ses professeurs, au nom de ses collègues, un dernier adieu.

Nous apprenons avec peine la mort de deux autres de nos confrères, M. Pomme de Mirimond et M. Hess.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ECOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale annuelle

Séance du mardi 26 janvier 1886

Présidence de M. Poinsot

La séance est ouverte à 9 heures.

27 membres sont présents.

Le secrétaire donne lecture du procès verbal de la dernière assemblée générale du 27 janvier 1885.

Le procès-verbal est adopté.

M. Godon, secrétaire général, rend compte au nom du Conseil de direction de la société des travaux et des résultats de l'année.

M. Ronnet, trésorier, rend compte de la situation financière de la société.

En présence de l'état de prospérité que prouvent les chiffres, des applaudissements unanimes accueillent ce rapport qui est adopté. ainsi que celui du secrétaire général.

M. Viau demande la parole pour une proposition de modification aux statuts.

Il propose qu'en présence de l'accroissement de l'Ecole, de l'importance qu'elle prend tous les jours, il soit créé un poste de sous-directeur de l'Ecole.

Ce titre devra être adjoint à celui de secrétaire général dont le titulaire sera chargé d'en exécuter les fonctions.

Cette proposition qui est approuvée par plusieurs membre : MM. Chauvin et Dubois, etc., est adoptée à l'unanimité.

L'assemblée, après une suspension de séance d'un quart d'heure pour la préparation des listes, passe au vote pour la nomination des membres devant remplacer les 12 membres sortants du Conseil de direction qui sont :

MM. Barbe,	MM. Lemerle,	MM. Poinsot,
R. Chauvin,	Levett,	Potel,
Dubois,	Lowenthal,	G. Viau,
F. Gardenat,	Pillette,	Wiesner.

27 membres prennent part au scrutin qui donnent les résultats suivants :

MM. Dubois,	27 voix.		MM. Heidé,	8 voix.
Lemerle,	26 —		Prest,	5 —
Lewet,	26 —		Tusseau,	5 —
Poinsot,	26 —		Horay,	4 —
Chauvin,	26 —		Giret,	3 —
Wiesner,	26 —		M. Dugit,	1 —
Lowenthal,	25 —		Ronnet,	1 —
Viau,	25 —		Potel,	1 —
Barbe,	24 —		de Lemos,	1 —
Pillette,	24 —		F. Jean,	1 —
Gardenat,	21 —		Papot,	1 —
Gillart,	13 —			

En conséquence, MM. Dubois, Lemerle, Leveltt, Poinsot, Chauvin, Wiesner, Lowenthal, Viau, Barbe, Pillette et Gardenat sont proclamés membres du Conseil de direction.

Un nouveau tour de scrutin a lieu pour la nomination du 12ᵉ membre.

Il donne les résultats suivants :

Gillart, 19 voix ; Heidé, 8.

En conséquence, M. Gillart est proclamé membre du conseil de direction.

L'assemblée, sur la proposition de M. Godon, vote à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

Les membres de la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires libres de Paris, réunis en assemblée générale, confirment la mission donnée au Conseil de direction aux assemblées générales an-

nuelles précédentes pour poursuivre devant les pouvoirs publics, la reconnaissance comme d'utilité publique de la Société, adoptent les statuts avec les modifications qui y sont faites et délèguent deux membres du Conseil de direction, le président et le secrétaire général auxquels ils donnent tout pouvoir pour consentir les modifications qui peuvent être demandées par le gouvernement.

Cette délibération a été votée à l'unanimité.

La séance est levée à onze heures.

Pour copie conforme,

Ch. GODON.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

RÈGLEMENT

RELATIF A LA NOMINATION DES PROFESSEURS SUPPLÉANTS D'ODONTOLOGIE ET DES CHEFS DE CLINIQUE

Le conseil de direction de l'Ecole Dentaire de Paris, dans sa séance du jeudi 21 janvier 1886 :

Considérant la nécessité de compléter graduellement les cadres du corps enseignant de l'Ecole, de telle sorte que l'absence plus ou moins prolongée d'un ou de plusieurs professeurs n'interrompe en aucune façon les divers services de l'enseignement ;

Considérant également la nécessité de préparer pour l'avenir les éléments indispensables pour faciliter le renouvellement naturel du corps enseignant ;

Considérant que si la constitution du premier corps enseignant chargé, par suite de la fondation de l'Ecole, de créer en France l'enseignement de l'Odontologie, a dû nécessairement se faire au choix, et quoique ce mode de recrutement ait donné les meilleurs résultats, le moment paraît cependant venu de revenir au procédé généralement employé dans les établissements d'enseignement, le concours, voie dans laquelle dans des circonstances récentes l'Ecole est déjà entrée et qui a donné des résultats satisfaisants ;

Considérant enfin que le concours élève la valeur du corps enseignant, ouvre une voie aux ambitions légitimes, offre aux candidats les garanties les plus complètes de la justice des nominations, et aux élèves de la capacité de leurs professeurs ;

Le conseil de direction :

Approuvant le rapport de la commission spéciale, décide que des concours auront lieu tous les ans pour la nomination dans l'enseignement spécial :

1° De professeurs suppléants d'odontologie ;
2° De chefs de clinique.

CONCOURS

Pour trois places de professeurs suppléants d'odontologie à l'École dentaire de Paris

Art. 1er. — Le conseil décide l'ouverture d'un concours, pour la nomination de trois professeurs suppléants d'odontologie pour les cours théoriques suivants :

1° Pathologie dentaire ;
2° Thérapeutique spéciale ;
3° Prothèse dentaire.

Art. 2. — Ce concours aura lieu le 1er dimanche d'avril.

Art. 3. — JURY. Le jury du concours se composera de cinq membres : le directeur de l'École, un membre du conseil de direction et trois professeurs.

Art. 4. — ÉPREUVES. Le concours se composera :

1° D'une épreuve écrite sur un sujet pris dans le programme de la section choisie par le candidat, tirée au sort, à traiter en quatre heures, sans s'aider de livres ou de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury.

2° D'épreuves cliniques comprenant :

Une leçon orale, une épreuve pratique.

1° *a*. Une leçon orale sur deux malades. Le candidat aura une demi-heure pour faire l'examen des malades en présence d'un membre du jury, et une demi-heure pour exposer les résultats de son examen (étiologie, diagnostic, marche, pronostic et indications thérapeutiques).

2° *b*. Une épreuve pratique comprenant l'exécution sur le malade d'une ou de deux opérations indiquées par le jury et pouvant s'exécuter séance tenante.

3° Un cours fait oralement pendant trois quarts d'heure sur un sujet donné par le jury, pris dans le programme de la section choisie par le candidat, et après deux jours de préparation chez lui.

Art. 5. — CLASSEMENT. Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est :

Pour la composition écrite de trente points ;
Pour les épreuves cliniques *a*, leçon orale, vingt points ;
Pour les épreuves cliniques *b*, épreuves pratiques, vingt points ;
Pour la troisième épreuve, cours, quarante points ;
Et pour les titres des candidats, trente points.

A la fin de chaque séance le jury annoncera le nombre de points obtenus par le candidat.

Art. 6. — TITRES DES CANDIDATS. Le jury tiendra compte des titres des candidats dans les conditions suivantes :

Diplomé d'une École dentaire française ou étrangère ; grades en médecine ou en pharmacie de facultés françaises ou étrangères ; grades en sciences ;

Démonstrateur d'une École Dentaire française ou étrangère et durée de la fonction ;

Chef de clinique d'une École Dentaire française, étrangère, durée de la fonction ;

Professeur suppléant d'une École Dentaire française, étrangère, durée de la fonction ;

Travaux scientifiques.

Les points attribués aux candidats pour leurs titres devront être fixés dès le début de l'examen, avant la première épreuve.

Art. 7. — NOMINATION. La nomination sera décidée et proclamée

par le conseil de direction de l'Ecole qui se prononcera d'après les rapports adressés par le jury du concours.

Art. 8. — CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ :

Etre âgé de vingt-huit ans au moins ;

Avoir obtenu depuis au moins deux ans le diplôme dentaire ;

Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ;

Avoir fait acte de candidature, deux jours au moins, avant l'ouverture du concours, par une demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'obligation de satisfaire aux engagements présents, accompagnée des pièces justificatives des conditions d'admissibilité et l'indication de la section dans laquelle le candidat se présente.

Art. 9. — FONCTIONS :

A. Les professeurs suppléants remplacent les professeurs titulaires en cas d'absence.

B. Ils doivent être à la disposition de l'Ecole pendant une durée de cinq années à partir de leur admission.

C. Lorsqu'ils remplacent les professeurs titulaires pendant plus d'un mois, ils touchent l'indemnité qui leur est allouée.

D. Lorsqu'un poste de professeur titulaire d'un des cours spéciaux deviendra vacant, le conseil de direction choisira pour occuper ce poste parmi les professeurs suppléants d'odontologie à la suite d'un concours sur titres ; cependant le professeur suppléant chargé du cours ne pourra transitoirement prendre le titre de *professeur titulaire* que s'il possède au moins cinq ans de grade.

Dans le cas contraire, il conservera le titre de *professeur suppléant chargé du cours*, jusqu'à ce qu'il remplisse les conditions exigées par le présent règlement.

Art. 10. — Les professeurs suppléants pourront être chargés par le conseil de direction d'exercer les fonctions de professeur suppléant de clinique.

A ces fonctions il n'est actuellement attaché aucune indemnité.

CONCOURS

Pour trois places de chefs de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris

Art 1er. — Le conseil de direction décide l'ouverture d'un concours pour la nomination de trois chefs de clinique.

Art. 2. — Ce concours aura lieu le 4e dimanche d'avril.

Art. 3. — JURY. Le jury du concours se composera de cinq membres : Le directeur de l'Ecole, un membre du conseil de direction et trois professeurs.

Art. 4. — ÉPREUVES. Le concours se composera :

1° D'une épreuve écrite sur un sujet de pathologie dentaire, tiré au sort, à traiter en trois heures, sans s'aider de livres ou de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury.

2° D'épreuves cliniques comprenant :

A. Une leçon orale sur un malade. Le candidat aura un quart d'heure pour faire l'examen du malade, en présence d'un membre du jury, et un quart d'heure pour exposer les résultats de son examen (étiologie, diagnostic, marche, pronostic, indications thérapeutiques).

B. Une épreuve pratique : l'exécution sur le malade d'une opération indiquée par le jury et pouvant s'exécuter séance tenante.

Art. 5. — CLASSEMENT. Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est :

Pour la composition écrite, trente points ;

Pour les épreuves cliniques, leçon orale, vingt points ;

Pour les épreuves cliniques, épreuve pratique, vingt points ;

Pour les titres des candidats, trente points.

A la fin de chaque séance, le jury annoncera le nombre de points obtenus par le candidat.

Art. 6. — TITRES DES CANDIDATS. Le jury tiendra compte des titres des candidats dans les conditions suivantes :

Diplôme d'une Ecole Dentaire française ou étrangère ; grade en médecine de faculté française ou étrangère ; grade en science ou en pharmacie de faculté française ou étrangère ;

Démonstrateur d'une Ecole Dentaire, française ou étrangère, durée de la fonction ;

Chef de clinique d'une Ecole Dentaire, française ou étrangère, durée de la fonction ;

Travaux scientifiques.

Les points attribués aux candidats pour ses titres devront être fixés dès le début de l'examen, avant la première épreuve.

Art. 7. NOMINATION. La nomination sera proclamée par le conseil de direction de l'Ecole qui se prononcera d'après le rapport adressé par le jury du concours.

Art. 8. — CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ :

Etre âgé de vingt-cinq ans au moins ;

Avoir obtenu au plus tard l'année précédant le concours le diplôme dentaire ;

Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine :

Avoir fait acte de candidature, deux jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'obligation de satisfaire aux engagements présents accompagnée des pièces justificatives des conditions d'admissibilité.

Art. 9. — FONCTIONS.

Le chef de clinique est de service un jour par semaine à la clinique de l'Ecole ou Hôpital Dentaire, sous la direction et la responsabilité du professeur de clinique.

Il conduit et dirige les opérations ; il reçoit les malades nouveaux, les examine, établit, en présence des élèves de service : l'étiologie, le diagnostic, la marche, le pronostic et les indications thérapeutiques de l'affection dont ils sont atteints ; fait faire par les élèves les operations qui doivent s'exécuter de suite ; quant aux autres, donne pour le traitement le malade aux étudiants de service.

Les chefs de clinique doivent être à la disposition de l'Ecole pendant une durée de trois ans.

Ils ne reçoivent aucune indemnité.

Au bout de trois ans de service effectif, le conseil de direction de l'Ecole peut charger un plus jeune de leur fonction, mais ils n'en conservent pas moins le titre.

Le conseil de direction tient compte dans les concours pour la nomination des professeurs suppléants des fonctions de chef de clinique et de leur durée.

DÉMONSTRATEURS DE LA CLINIQUE

Les démonstrateurs sont nommés pour deux ans par le conseil de direction, à la suite d'un concours sur titres.

NOUVELLES

SERVICE DENTAIRE MUNICIPAL

Nous apprenons avec plaisir que l'initiative philanthropique d'un des diplômés de l'Ecole Dentaire de Paris, M. Fayoux pour instituer un service dentaire municipal à Niort, vient d'être couronné de succès. Nous ne pouvons que féliciter notre confrère de ce résultat, ainsi que le Conseil municipal et la presse locale qui l'ont soutenu. L'hygiène thérapeutique s'impose désormais aux collectivités et aux individus et nous sommes convaincus que la mesure que les municipalités de Rouen et de Niort ont adoptée le sera par d'autres. Elle est due à l'initiative de notre Association, et nous serons toujours heureux de voir ceux qui en font partie la généraliser. La santé publique, la considération professionnelle ne pourront qu'y gagner.

Voici l'arrêté du maire de Niort :

VILLE DE NIORT. — (DEUX-SÈVRES).

Ecoles communales. — Surveillance de la dentition des enfants.

Nous, Maire de la ville de Niort ;

Vu la demande par laquelle M. A. Fayoux, chirurgien dentiste, diplômé de l'École Dentaire de Paris, offre de faire des visites et de donner gratuitement des soins aux enfants des deux sexes fréquentant les écoles communales de la ville de Niort ;

Considérant que toute mesure susceptible d'apporter une amélioration dans l'hygiène des enfants qui fréquentent les écoles communales doit être l'objet de la sollicitude de l'administration municipale ;

Considérant que, parmi ces mesures, l'une des plus utiles est celle qui a pour but la surveillance et la direction de la dentition ;

Considérant que si ces soins sont négligés, c'est que, le plus souvent, ils sont ignorés des parents ;

ARRÊTONS :

Art. 1er. — A partir du 1er janvier 1886, tout enfant de l'un et l'autre sexe fréquentant les écoles communales de Niort profitera gratuitement du service dentaire spécial organisé dans ces écoles.

Art. 2. — Ce service gratuit comprendra deux inspections annuelles facultatives faites semestriellement et l'indication des opérations jugées nécessaires par le dentiste.

Art. 3. — La visite semestrielle d'inspection aura lieu dans chaque école ; les opérations seront faites le jeudi ou le dimanche au dispensaire que la ville mettra à la disposition du dentiste inspecteur et toujours en présence du père ou de la mère de l'élève, ou de tout autre personne autorisée par eux.

Art. 4. — Les élèves dans la visite d'inspection recevront une fiche au dos de laquelle seront inscrits les conseils d'hygiène spéciale et qui mentionnera sommairement l'état actuel de la bouche, ainsi que les opérations à faire.

Art. 5. — Le choix d'un dentiste autre que celui du dispensaire sera laissé aux parents qui accepteront ou refuseront les soins du dentiste inspecteur sur la fiche susdite.

Art. 6. — Les élèves, dont les parents auront accepté ces soins se feront inscrire sur une liste *ad hoc* qui indiquera l'heure de la consul-

tation donnée au dispensaire municipal : ils y seront conduits par leur parents ou autres personnes qu'ils autoriseront.

Art. 7. — Dans l'intervalle des inspections semestrielles, les parents pourront conduire au dispensaire les élèves qui auront un pressant besoin du dentiste.

Art. 8. — Le dentiste inspecteur se concertera pour les jours et heures des inspections semestrielles avec les directeurs et directrices des écoles communales, qui en informeront les élèves.

Art. 9. — Le directeur de l'école ou un adjoint assistera aux inspections et inscrira sur un registre spécial, en regard du nom de l'enfant, les soins donnés et ceux encore nécessaires.

Art. 10. — Ce présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet.

Fait à l'hôtel de la Mairie à Niort, le quatre janvier mil huit cent quatre-vingt-six.

Le Maire,
MARTIN-BASTARD

VU :
Niort, le 12 Janvier 1886,
Pour le Préfet,
Le Conseiller de Préfecture,
PELLETAN

PRATICIENS SANS DIPLOMES AUX ETATS-UNIS

« Aux États-Unis, il n'y a guère qu'environ un quart des membres de la profession dentaire qui possèdent des diplômes d'écoles dentaires ou médicales ; les trois autres quarts n'ont au-aucun titre, ni académique ni scientifique. Nous pouvons citer un État dans lequel, sur 350 dentistes, 58 seulement possèdent un diplôme.» La vérité de cette affirmation est justifiée par les faits. Cela ne peut manquer de nous intéresser, nous autres Anglais, qui sommes si désireux de faire les choses décemment et selon l'ordre, au moins en ce qui concerne l'application des lois qui réglementent la profession.

Progrès dentaire. — Britich-Journal of dental, Science

Le Directeur Gérant : P. DUBOIS.

Paris.— Alcan-Levy, imp. breveté, 18, passage des Deux-Sœurs

UNION—PROGRÈS **ASSOCIATION GÉNÉRALE** 1879 — 1886

DES DENTISTES DE FRANCE

Siège social : rue Richer, 23, à Paris

L'ASSOCIATION COMPREND : 1° l'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile); 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° le Syndicat professionnel et la Caisse de prévoyance des dentistes; 4° le journal l'*Odontologie* (organe de l'association).

AVIS. — L'Association générale des Dentistes de France, issue du groupe de confrères qui, depuis 1879, a pris en main et poursuit avec un succès constant la cause du relèvement moral et scientifique de la profession, est composée de plus de trois cents dentistes.

Les Dentistes, Médecins ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de l'Association*, **rue Richer, 23**

La cotisation est de *vingt francs* par an.

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

E. Lecaudey, président.	**Th. David** ✿, directeur de l'Ecole.
Poinsot, vice-président.	**Ch. Godon**, secrétre gén., sous-dir.
Wisner ✿, —	**G. Viau** ✿, secrétre correspondant.
Ronnet, trésorier.	**L. Thomas** ✿, bibliothécaire.
Blocman, conservat. du Musée.	**P. Dubois**, sous-bibliothécaire.

MEMBRES DU CONSEIL

A. Aubeau.	**A. Dugit.**	**Legret.**	**D. Pinard.**
Barbe.	**Gardenat.**	**De Lemos.**	**Pillette.**
Bioux.	**Lemerle.**	**Lowenthal.**	**Gillard.**
R. Chauvin.	**M. Levett.**		

MEMBRES HONORAIRES

F. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — Dugit, père

CORPS ENSEIGNANT

PROFESSEURS :	PROFESSEURS :
A. Aubeau, docteur en médecine.	**Pillette**, chirurgien-dentiste.
T. David, — —	**Poinsot**, —
Decaudin, d^r en méd., ex-interne.	**Prengrueber**, chirurgien des hôp.
G. Deny, — —	**L. Thomas**, doct^r en médecine.
Faucher, — —	**G. Viau**, chir.-dentiste, D. E. P. D.
Gérard ✿, d^r ès sciences, prof. agrégé à l'Ecole sup. de pharmacie.	**P. Marie**, d^r en méd. et ès sciences, pharmacien de 1re cl.
Levett, D. D. S., from New-York.	

PROF. SUPPL. : **G. Blocman**, chir.-dentiste D. E. D. P., médecin de la Faculté de Paris.

Heide, Lemerle, Ronnet, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

G. Blocman, **L. Bioux.** **R. Chauvin**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.	**F. Dubois**, **Ch. Godon**, **M. Lagrange**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS

De Lemos, **Giret**, **W. Ed. Prest**, **Horay**, **Fournier**, **Gillard**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.	**L. Regnard**, **Legret**, **Pigis**, **Prevel**, **Tussaud**,	chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

CHEF DU LABORATOIRE DE PROTHÈSE, **Poirier**, chirurgien-dent. suppléant, **Pigis**, D. E. D. P., chirurgien-dentiste.

DÉMONSTRATEURS : MM. **Debray. — Gardenat. — J. Francis. Max. Dugit. — Lowenthal.**

VOL. 6. Paris, Avril 1886. N° 4

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR AVRIL 1886

DE LA CRÉATION D'UN SERVICE DENTAIRE DANS L'ARMÉE

Par MM. PILLETE et DUBOIS

Le service militaire pour tous a créé de nouvelles obligations à l'autorité militaire. La santé des hommes doit être préservée autant qu'il est possible ; l'avenir de la race, la force de l'armée non moins que le bien individuel les réclament impérieusement.

Les inconvénients d'un système dentaire défectueux sont évidents dans la vie civile; pour les soldats, ils sont augmentés par suite du genre d'alimentation auquel ils sont soumis, par les conditions du milieu où ils vivent. Aussi, le Conseil de santé et tous les médecins qui se sont occupés d'hygiène militaire ont compris l'importance de bonnes dents pour les hommes de troupe. Les citations suivantes en font foi :

Le conseil de santé considérant le grand nombre d'affections de la bouche qui règne dans l'armée, vient de proposer à S. Exc. le ministre de la guerre de comprendre le chlorate de potasse dans la nomenclature des substances médicamenteuses accordées aux infirmeries régimentaires. Le conseil croit utile, à cette occasion, de rappeler aux médecins militaires, et notamment à ceux des corps de troupe, toute l'importance qu'ils doivent accorder à l'examen fréquent et attentif de la bouche du soldat, pour prévenir l'invasion de ces maladies et en

arrêter le développement. Qu'ils usent de toute leur autorité morale sur les hommes pour les engager à ne pas négliger les soins d'ailleurs si simples, indispensables à l'entretien de la bouche et à la destruction de ces matières salines (tartre) qui s'attachent aux dents, les ébranlent, déterminent une haleine fétide et sont la cause peut-être la plus fréquente des maladies des gencives.

Le conseil borne là ses recommandations à ce sujet, confiant dans la sollicitude éclairée des médecins militaires pour tout ce qui touche à la santé de l'armée.

(*Note sur les maladies et l'hygiène de la bouche. — Mém. de méd. et de chirurg. milit., 3e série T, XIII. 1885, p. 97.*)

Le biscuit constitue un aliment plus difficile que le pain à triturer par la mastication, mal aéré, s'imbibant difficilement de salive, arrivant dans l'estomac en fragments encore secs, durs, anguleux, en somme de digestion et d'assimilation pénible. Lorsque l'homme qui s'en nourrit ne possède pas un appareil dentaire à toute épreuve et d'une vigueur peu commune, ces défauts acquièrent une importance encore plus grande, il agit alors comme irritant mécanique et provoque une diarrhée que les soldats connaissent bien et qu'ils nomment la diarrhée du biscuit. (*Morache traité d'hygiène.*)

La propreté de la bouche doit être surveillée avec attention par les officiers et les médecins; le règlement alloue une brosse à dents à chaque soldat; il faut qu'il s'en serve et qu'elle figure dans son équipement autrement que pour les revues; les stomatites sont fréquentes dans l'armée, elles puisent souvent leur origine première dans l'absence de ces soins quotidiens, sans lesquels le tartre s'accumule sur l'émail des dents et ne tarde point à irriter la gencive, à déterminer la chute de la dent elle-même. C'est un des points sur lesquels doit porter l'investigation du médecin lors des visites corporelles.

(*Morache Hygiène militaire in Diction-Encyclop.*)

Nous signalerons aussi : *De la stomatite ulcéreuse des soldats*, par E. J. Bergeron, Paris 1859. *Stomatite in Diction Encyclop. Quelques considérations sur l'hygiène de la bouche du soldat*, Paris, 1875, par Louis Richard.

Comment s'étonner de la fréquence des affections du système dentaire dans l'armée après avoir consulté les Comptes rendus sur le recrutement? Après avoir vu le chiffre important d'exemptions pour perte des dents dans certaines régions, la Normandie, la Picardie, par exemple. Pour cette premiere la plus défavorisée à cet égard, il est vrai, on constate qu'en 1883 l'on a dû réformer ou classer au service auxiliaire 470 hommes sur 5,540 examinés, c'est-à-dire 8.48 0[0; que pour la France entière on compte pour cette même année 716 réformés, 772 classés au service auxiliaire. Au total, 1488 hommes impropres au service actif de par cette cause (3).

Pour ces raisons, pour d'autres encore : les chances de contamination des individus vivant en grandes agglomérations, (les stomatites épidémiques s'observant surtout dans l'armée), les

(3). *Comptes rendus sur le recrutement de l'armee*. Paul Dubois : *Recherches statistiques sur les affections du système dentaire*, in *Odontologie*, 1885-1886.

accidents d'évolution de la dent de sagesse, le peu de résistance de certains tissus dentaires chez les jeunes hommes, et par suite, la fréquence de la carie dentaire, nous dirons après les autorités que nous venons de citer.

Il est indispensable que la santé de l'appareil buccal soit assurée chez les soldats, qu'on leur impose la propreté sur ce point, et qu'on leur assure en cas de maladie les soins compétents.

Les affections du système dentaire, leurs complications, sont le plus souvent bénignes, à condition qu'elles soient traitées au début, qu'on les combatte par des opérations heureuses. Il n'en est pas ainsi actuellement; car les maladies des dents sont traitées par les médecins militaires qui sont peu préparés à exécuter cette tâche toute spéciale. De plus, les instruments mis à leur disposition sont si peu appropriés à l'usage qu'on leur demande, qu'on s'étonne qu'ils puissent s'en servir. Aussi, dans les opérations quelque peu difficiles, et surtout quand il y a complicaton de : œdême de la joue, constriction des mâchoires, avulsion de racines, de dents aux parois fragiles, ou de formes anormales, ils ne peuvent opérer avec succès; heureusement, les complications résultant du manque d'intervention, ou des interventions malheureuses, sont le plus souvent sans gravité, l'abcès alvéolaire qui en est la suite s'ouvre dans la bouche, plus rarement à la peau, et après une indisponibilité de quelques jours, l'homme peut reprendre son service. Dans des cas exceptionnels, les accidents d'origine dentaire ont des conséquences plus funestes, et nous avons reproduit des observations empruntées aux recueils de médecine militaire ou des périostites alvéolo-dentaires, ont donné lieu à des désordres de voisinage graves ; ayant nécessité une opération aussi redoutable que la trachéotomie; et même causé la mort de plusieurs malades observés.

Pour remédier à cet état de choses, pour assurer aux jeunes Français sous les drapeaux le bénéfice d'habitudes hygiéniques, de soins compétents et opportuns, trois solutions peuvent être étudiées.

1° Etendre les connaissances spéciales des médecins militaires en art dentaire.

2° Créer des dentistes militaires dans l'armée.

3° Demander à des dentistes civils, nommés à cet effet, de soigner les maladies des dents ; avec le concours et sous le contrôle du Corps de santé.

Nous voulons les examiner brièvement, tout en ne perdant pas de vue les considérations importantes qui compliquent ce problème, l'économie budgétaire, les exigences du service.

1° *Etendre les connaissances spéciales des médecins militaires en art dentaire.*

Nous n'avons pas à examiner ici les raisons de spécialisation de l'art dentaire dans la pratique civile, il s'agit de savoir comment

on pourrait obtenir des médecins militaires une connaissance suffisante de la science et de la technique odontologiques pour qu'ils puissent traiter, opérer avec succès, les dents malades des soldats confiés à leurs soins. La tâche n'est pas impossible, pourtant on ne doit pas se dissimuler que bien des difficultés s'opposent à son accomplissement.

La mise en œuvre de cette solution nécessiterait au moins les créations suivantes :

1° Instituer une série de conférences sur la pathologie et la thérapeutique de l'appareil buccal à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

2° Organiser une clinique spéciale à usage de l'armée, clinique, ou les élèves de l'Ecole d'application seraient exercés à opérer sous la direction d'un dentiste expérimenté.

Comme conséquence de ces créations on devrait établir une série-type d'instruments appropriés à usage de dentiste, faire que tous les infirmeries régimentaires, tous les hôpitaux la possèdent. Actuellement elles ne renferment que 4 daviers (1) et ceux qui les ont vus savent combien ils sont différents des instruments employés des dentistes civils. Cette boite ne renferme pas d'élévateurs (ni pied de biche, ni langue de carpe). Par contre, on y voit figurer un cahier d'étain en feuilles et un cahier d'or non adhésif, quoi qu'ils ne soient pas utilisables dans les conditions où on se trouve à la caserne ouà l'hôpital.

A nos yeux les modifications que nous indiquons sont un minimum si on veut améliorer l'état de choses actuel, et nous pensons qu'il serait plus pratique de s'assurer pour ce genre d'opérations le concours des spécialistes.

2° *Créer des dentistes militaires dans l'armée.*

Des solutions en présence, celle-ci est la plus large, et, si nous n'avions pas à compter avec l'économie budgétaire, avec certaines difficultés d'application, elle assurerait mieux que les autres le bénéfice humanitaire que nous poursuivons. Malgré cela, nous ne la jugeons pas actuellement réalisable.

Si les dentistes militaires sont nombreux, ils grèveront le budget de l'armée, ils augmenteront le chiffre déjà élevé du cadre au détriment de la portion combattante. S'ils ne sont qu'en petit nombre beaucoup de détachements seront privés de leurs services.

En tous cas, leur recrutement serait difficile et on ne pourrait espérer l'assurer par le contingent annuel. Actuellement, les jeunes dentistes incorporés sont le plus souvent classés dans les infirmiers, et comme tels, ils rendent des services à titre auxiliaire, mais ils sont trop disséminés, pour qu'on espère établir une organisation en ne puisant qu'à cette source. Il faudrait donc gager des dentistes civils, leur trouver un rang dans la hiérarchie militaire, et aussi, leur constituer un outillage plus important que ne l'exigerait

l'adoption de la mesure ci-dessus examinée; car on serait en droit de leur demander de faire non seulement des opérations dentaire d'urgence, comme celles que les soldats réclament des médecins militaires, mais encore, des soins, des obturations ainsi qu'en font les dentistes civils.

Le traitement complet d'une bouche malade, comptant de nombreuses dents cariées, peut demander un grand nombre de séances, et il se pourrait que dans les conditions actuelles le service en souffrît.

Quelque séduisante que cette réforme paraisse, nous n'osons la recommander et nous craignons que l'institution de dentistes militaires, dans l'armée, soit actuellement trop coûteuse, trop compliquée. L'avenir l'établira peut être, car elle est inspirée d'une idée juste. Un de nos confrères l'avait déjà défendu en 1874 (1), et nous souhaiterions voir écarté les difficultés d'application qui s'opposent à son adoption immédiate.

3° *Demander à des dentistes civils, nommés à cet effet, de soigner les maladies des dents; avec le concours et sous le contrôle du corps de santé.*

Cette mesure a des proportions moins vastes que la précédente, elle n'est pas la solution logique, radicale du problème; mais sa simplicité d'exécution est évidente, son bénéfice est immédiat.

Pour nous, le service à rendre à l'armée doit être absolument gratuit. Nous sommes certains, que les sentiments d'humanité, de patriotisme, sont suffisants pour déterminer l'acceptation par nos confrères de ce surcroît de travail.

Nous devons dire aussi, que cela ne serait pas sans compensation, car la nomination ne pourrait se faire sans enquête préalable, sur la valeur des titres des candidats, sur leurs connaissances professionnelles, cela leur servirait de recommandation aux yeux de leurs concitoyens et cette désignation officielle serait vite recherchée, même par ceux qui ne la solliciteraient pas pour des motifs plus élevés. On peut être convaincu que les candidats ne feront défaut que dans les localités dépourvues de dentistes capables, e que la plupart des villes de garnison pourraient bénéficier d concours bienveillant des nôtres.

La mission des médecins militaires est assez vaste, assez haute, pour qu'ils ne voient avec satisfaction qu'on les décharge d'opérations accessoires pour le plus grand bien des hommes confiés à leurs soins.

On a vu, dans les recommandations du conseil de santé, dans les avis des hygiénistes militaires, que l'inspection de la bouche devrait être fréquente, et pourtant il n'en est pas ainsi, malgré la bonne volonté de ceux à qui ces recommandations s'adressaient.

Le concours des dentistes civils pourrait permettre d'instituer

(1) Stevens *Progrès dentaire*, 1874.

des inspections périodiques. Dans ces visites, le dentiste signalerait à qui de droit, les hommes négligents, ceux qui sont malades et ont besoin de ses soins. Bien des affections ignorées ou dissimulées seraient reconnues ainsi et, par suite, traitées de bonne heure. Les conséquences hygiéniques seraient des plus heureuses.

Afin qu'on puisse se rendre compte de la portée de la réforme que nous préconisons, nous formulons dans le projet ci-dessous les détails d'application tels que nous les concevons.

Dans toutes les localités où résident des corps de troupe et où il y un hôpital militaire, l'autorité militaire pourra accepter le concours des dentistes pour le traitement des maladies des dents aux conditions suivantes :

1e Ce concours est gratuit;

2° Tout dentiste sollicitant de faire ce service devra être français, jouir de ses droits civils et politiques, être âgé de vingt ans au moins et justifier de sa compétence professionnelle. Cette justification se fera par la production de titres obtenus dans une école dentaire, ou par une épreuve pratique en opérant sur des malades désignés.

3° Toutes les semaines il assitera le médecin militaire (aux heures de visite et dans le local servant à cet usage) en pratiquant les opérations dentaires qu'il lui désignera.

4° Quatre fois par an il inspectera, de concert avec le médecin militaire, l'état de la bouche de tous les hommes et signalera ceux qui ont négligé les soins de propreté qu'elle réclame.

5° Il accepte de soigner gratuitement, à son domicile, tout soldat demandant d'être opéré s'il est muni d'une prescription écrite du médecin militaire.

Conclusions :

Des trois solutions que nous avons successivement examinées, la dernière est la plus facilement applicable, elle ne change en rien l'organisation du corps de santé, elle ne coûte rien au Trésor, elle est d'application facile et immédiate.

Des conséquences hygiéniques en découlent. L'inspection trimestrielle forcera les hommes à se tenir la bouche et les dents relativement propres, elle sera tout au moins une occasion de leur rappeler de quelle importance cela est pour leur santé. Dans le cas d'affections aiguës de l'appareil dentaire, il sera possible de les combattre par une intervention précoce et avec de plus grandes chances de succès qu'actuellement.

Cette réforme aurait pensons-nous d'heureux résultats, et il appartient au gouvernement de la République de la réaliser, pour le plus grand bien des hommes qui sont appelés à la servir et à la défendre.

LEÇONS SUR LA CARIE DENTAIRE

DE L'ART DES PANSEMENTS

Par le docteur Th. David

C'est surtout dans ces applications qu'il convient de faire le pansement lâche. L'idéal est de laisser à l'entrée de la carie un coton qui, sans la toucher, tienne la pulpe sous une atmosphère phéniquée.

Nous devons reconnaître cependant que ce n'est point avec cette simplicité que nombre de praticiens recherchent le calme des douleurs pulpaires. Nous pourrions vous présenter une liste interminable de formules, de mixtures anesthésiques, prônées par leurs auteurs ; mais ce serait vous donner une peine réellement inutile.

Nous avons personnellement essayé l'emploi de différentes mixtures contenant des substances anesthésiques, telles que : l'éther, le chloroforme, le chloral ; des préparations variées d'opium ; des essences diverses ; des caustiques... Nous avons renoncé à toutes, car aucune ne nous a donné les résultats du simple pansement phénique.

Si ce dernier échoue, c'est uniquement à cause de l'inflammation, de l'étranglement de la pulpe. Il suffit en ce cas d'ouvrir, d'agrandir le pertuis de pénétration. Cette opération, alors même que l'on n'aurait pas touché la pulpe, ramène le calme, et permet au pansement d'appliquer d'une façon convenable la substace médicamenteuse appropriée.

Cette variété de pansement trouve encore son indication dans une autre période de la carie pénétrante, où il n'est plus employé comme calmant, mais bien comme *antiseptique* ; c'est dans le cas de suppuration radiculaire. Il doit être alors peu serré et renouvelé tous les jours; le premier coton devant être fortement imbibé, il convient de le recouvrir d'un tampon protecteur suffisammen serré.

PANSEMENTS EXCITANTS.

Ces pansements ne diffèrent des précédents que par l'effet qu'on leur suppose. Leur but est d'exciter la pulpe dentaire à former rapidement un rempart de dentine secondaire contre la progression du mal.

Dans la carie non pénétrante, superficielle et moyenne, ils provoqueraient de la part de la pulpe centrale la production de molécules d'ivoire, qui charriées le long des fibrilles, se substitueraient à elles, en les atrophiant et combleraient, l'extrémité périphérique des canalicules. Par suite de ce phénomène qui se produit spon-

---

(1) Voir *Odontologie* mars 1886, p. 93.

tanément dans la *carie sèche*, la surface de la carie serait transformée en une couche compacte et homogène, d'une dureté et d'une résistance telles, qu'elle opposerait un obstacle souvent infranchissable au progrès du mal.

Dans les caries profondes, on se propose, en outre, d'exciter d'une façon plus intense la couche de cellules qui forment le revêtement externe de la pulpe, d'exagérer leur fonction physiologique qui est de produire incessamment de nouvelles couches concentriques d'ivoire. Le fond de la carie se trouverait ainsi renforcé d'une couche résistante qui s'opposerait à la marche centripète du processus et abriterait la pulpe elle-même. Quelques auteurs prétendent même avoir obtenu l'oblitération du pertuis de communication de la cavité de la pulpe avec l'extérieur et avoir transformé ainsi en une carie non pénétrante, une carie du troisième degré.

On a préconisé à cet effet divers astringents, tels que le tannin, l'alun.... divers caustiques légers comme l'acide phénique, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, l'acide arsenieux en petite quantité. Les pansements calmants que nous avons indiqués, le pansement ouaté à l'acide phénique nous paraissent satisfaire à ces indications. Il importe toutefois d'imbiber largement la première boulette d'ouate, afin de faire pénétrer la substance active dans les canalicules dentinaires.

A moins que ce ne soit pour calmer les douleurs provoquées par la mise à nu des fibrilles superficielles de l'ivoire, nous rejetons formellement l'emploi des caustiques énergiques parce qu'ils pourraient dans les cas de carie profonde déterminer une inflammation de la pulpe.

D'ailleurs nous sommes peu disposé à croire au résultat poursuivi. Ce sont des mois, des années qu'il faudrait attendre si l'on voulait provoquer thérapeutiquement la formation de nouvelles couches de dentine secondaire avant de pratiquer l'obturation.

Or, nous faisons peu de traitements dans ces conditions de temps. Bornons-nous à arrêter la progression de la carie, à ramener la pulpe à son état physiologique et à éviter tout trouble à son fonctionnement normal ; c'est le plus sûr moyen de lui permettre d'effectuer la réparation désirée.

Ce qui fait recourir aux pansements dits excitants et remettre l'obturation définitive, c'est la crainte d'inflammation ultérieure de la pulpe, trop voisine de la carie. Dans ce cas, ne vaut-il pas mieux, après avoir calmé la douleur, faire de suite une occlusion provisoire à la fois non conductrice, non compressive et antiseptique? Nous nous sommes toujours bien trouvé d'une obturation à la gutta ou au ciment recouvrant sans compression un coton phéniqué. Dans ces conditions, il importe également de bien comprendre l'indication relative au mode d'obturation définitive : il faut éviter avec soin d'appliquer au fond de la carie une masse métallique, susceptible de transmettre à la couche d'ivoire sousjacente et à la pulpe les impressions des températures.

PANSEMENTS CAUSTIQUES. — Ils peuvent être employés, mais sans indication absolue, croyons-nous, au traitement de la carie non pénétrante. Dans le cas de douleurs provoquées par l'irritation des fibrilles dentinaires, on peut. par exemple, appliquer des caustiques au lieu d'excitants. Tels sont l'acide phénique pur en cristaux, en solution concentrée, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'acide arsénieux... Nous les avons précédemment rejetés et reconnus inutiles pour cet usage.

L'acide arsénieux, en poudre porphyrisée, est cependant préconisé par beaucoup de praticiens, comme caustique de l'ivoire. Cet agent doit alors n'être employé qu'avec prudence en très petite quantité et une seule fois. « Si un pansement borne son effet à l'action astringente, un second, un troisième risquerait de produire l'inflammation de la pulpe et toutes ses conséquences.» L'acide ne doit agir que sur les fibrillles de l'ivoire contenues dans les canalicules ouverts par la carie; il importe que cette action caustique soit superficielle et ne s'étende pas jusqu'à la pulpe.

C'est dans la carie pénétrante que les pansements caustiques trouvent leur emploi réellement indiqué, lorsqu'on veut obtenir la destruction de la pulpe mise à nu. Nous n'avons pas à parler ici de deux autres procédés de destruction : l'extirpation à l'aide d'instruments spéciaux et la cautérisation au fer rouge.

Les caustiques que l'on doit employer à cet effet doivent être énergiques, profonds. L'acide phénique, le nitrate d'argent, ont une action très superficielle, qui les rend inapplicables dans les traitements rapides; il faudrait dix, quinze applications pour obtenir, avec ces agents, le résultat poursuivi. N'oublions pas cependant qu'on peut ainsi arriver, et sans douleur, à la destruction complète de la pulpe, en sorte que ce procédé trouve son application chez les personnes pusillanimes et chez celles qui préfèrent nous donner tout le temps voulu plutôt que de souffrir.

Parmi les caustiques énergiques, ceux qui sont liquides présentent de graves inconvénients.

Outre qu'ils peuvent, par une application maladroite, ou entravée par la résistance et les faux mouvements du malade, couler, fuser au voisinage de la dent, produire des désordres du côté des gencives, des joues, de la langue, ils sont susceptibles dans la dent même, de dépasser le but. Ils peuvent, surtout chez les enfants, les jeunes sujets, dont les canaux radiculaires sont larges, atteindre le périoste alvéolo-dentaire, le tissu alvéolaire, et entraîner des complications autrement graves que la carie elle-même. Ces raisons ont fait abandonner l'emploi préconisé par les anciens auteurs, des acides minéraux, du chlorure de zinc, de la potasse, de la baryte, de la soude... Ajoutons que quelques-unes de ces substances présentent en outre le grave inconvénient d'attaquer, de ronger les tissus durs de la dent.

L'acide arsénieux est aujourd'hui l'agent universellement adopté. Il présente les avantages d'être solide, ce qui permet d'en localiser

et limiter l'action énergique ; d'être insoluble dans la salive et sans action sur l'ivoire et l'émail.

Ce n'est pas un caustique, à proprement parler ; il ne détruit pas les tissus, il ne fait que les momifier en se combinant avec la matière organisée pour former un arsénite ou un arseniate d'albumine. Les tissus avec lesquels il est mis en contact sont ainsi désorganisés et, partant, perdent leur vitalité, leur sensibilité...

L'indolence des applications arsenicales trouve son explication dans ce mode d'action particulier. Un de nos maîtres, auquel nous avons déjà détruit plusieurs pulpes, nous disait encore il y a quelques jours : « L'arsenic bien appliqué n'est pas douloureux ; à peine pendant une heure perçoit-on sa présence, son action topique ; mais il ne fait pas mal parce qu'il ne brûle pas. »

Si la pulpe est d'emblée complètement atteinte, l'insensibilité se produit peu à peu, sans crise douloureuse ; mais il n'en est pas toujours ainsi. La partie superficielle est souvent seule désorganisée ; or, dans ces conditions, si l'on n'intervient pas, si l'on n'enlève l'eschare, si l'on ne fait une nouvelle application arsenicale ou un pansement antiseptique, le reste de la pulpe peut s'enflammer et déterminer ces douleurs vives qu'à tort l'on impute à l'arsenic.

Il est à remarquer que ces douleurs ne surviennent que quelques heures après l'application, après le temps nécessaire à la combinaison de l'acide arsénieux avec la matière organisée ; aussi loin d'être produites par l'arsenic, elles ne se produisent que parce que l'arsenic a cessé d'agir.

Conditions d'application. — Il convient d'employer la substance active en contact aussi intime que possible et sur une grande surface. A cet effet, il est nécessaire d'opérer avec une ouverture de pénétration suffisamment grande et de ne rien interposer entre le caustique et l'organe à détruire. Si dans ces conditions, on évite la compression, on a beaucoup de chances pour que le pansement ne soit pas douloureux.

Autrefois, avant l'usage des tours à fraiser, les applications caustiques étaient fort redoutées ; elles déterminaient des crises très violentes de plusieurs heures. Aujourd'hui au contraire, elles ne sont presque plus douloureuses, et quand elles le sont, la douleur ne dure pas longtemps. Les différences tiennent selon nous à ce que le tour permet d'appliquer plus largement l'arsenic ; le pansement attaque la pulpe sur une grande surface et la désorganise complètement.

Autrefois, au contraire, on l'appliquait sur un point très circonscrit ; la pulpe insuffisamment attaquée, quelquefois même non atteinte, arrivait, par le fait de la compression ou d'une destruction incomplète, à être frappée d'inflammation et de gangrène.

C'est pour faciliter les ouvertures de pénétration que nous conseillons toujours de rendre tout d'abord la carie visible, soit par

l'écartement, soit par la résection. S'agit-il d'une carie postérieure, il faut largement reséquer, couper en biais, en coin, un quart de la dent. Cette opération facilitera le traitement à tous les points de vue.

En ayant ses coudées franches, pour ainsi dire, on évite des manœuvres aussi gênantes pour l'opérateur que pour le client, les tractions exagérées sur les commissures des lèvres, et le coton pouvant être mis directement dans la cavité, risque moins d'échapper à la sonde, de se perdre dans la bouche, et de cautériser mal à propos des parties autres que la dent malade.

Au surplus, s'il est nécessaire d'agrandir le pertuis de pénétration, on voit ainsi le jeu de l'instrument sur le point où on l'applique, on en surveille et règle l'action de façon à éviter de toucher la pulpe.

Il faudra être circonspect dans l'emploi de l'acide arsénieux chez les enfants, sur les dents temporaires dont les racines sont ouvertes par le fait de leur résorption, ainsi que sur les dents permanentes jeunes dont les racines encore incomplètement formées sont largement ouvertes. En dépassant la dent, l'arsenic pourrait facilement arriver sur la maxillaire et y déterminer des lésions graves.

Mode d'emploi. — Comme beaucoup de nos confrères, suivant en cela la pratique de Taft, de Tomes et de notre maître, M. Magitot, nous préférons à toutes les préparations à base d'arsenic, *pâte à tuer le nerf*, *odontovores*, *nervicides*, etc., l'usage de la poudre sèche, l'acide arsénieux seul, sans mélange d'aucune autre substance qu'on a pu accuser avec raison de s'opposer à la destruction rapide et complète de la pulpe (créosote, morphine, etc.)

Lorsqu'il reste des débris de pulpe dans les canalicules dentaires ou dans des cavités anfractueuses, on peut, pour en poursuivre plus facilement la destruction, employer la solution dont voici la formule :

Acide arsénieux................	25 grammes
Glycérine......................	100 —

Procédé opératoire. — Si l'on emploie la poudre, nous recommandons le procédé suivant, dit « du bouchon ». On renverse le flacon qui contient la poudre de l'acide arsénieux ; une certaine quantité de poudre vient adhérer au bouchon, sous forme de couche mince, on ôte celui-ci, et on promène légèrement à sa surface le tampon humide qui entraîne avec lui la quantité de caustique que l'on désire employer. Le tampon de ouate devra être petit, allongé, pour pouvoir être facilement introduit dans le pertuis de pénétration. On pourrait employer des morceaux de mèche, des morceaux de soie,.. taillés en pointe ; ils auraient l'avantage par leur rigidité, de pouvoir être plus facilement introduits.

Pour l'application il faut, après avoir bien nettoyé et séché la cavité, prendre une sonde double dont une des extrémités porte le

coton à l'arsenic, et l'autre le coton protecteur, sec ou imbibé de teinture concentrée de benjoin; on place le premier coton sur le point dénudé de la pulpe, et immédiatement après, le coton protecteur qu'on ne tasse que tout juste pour ne pas laisser dépasser des fibrilles d'ouate. Le benjoin, au contact de la salive, se dépose dans les mailles du coton et forme une couche imperméable qui empêche l'acide arsénieux de fuser dans la bouche.

On laisse en place le pansement 24 heures; après quoi on procède de nouveau à la toilette de la carie et à une nouvelle application s'il y a lieu.

Pour les canaux radiculaires, au lieu de la sonde, il sera préférable de se servir d'un tire-nerf non ébarbé, afin de pouvoir porter aussi loin que possible le pansement caustique.

La durée de l'action varie avec le volume de la dent, l'étendue de la surface exposée, l'état de la pulpe, l'âge du sujet... On peut lui assigner comme limites trois et quarante heures,

Accidents consécutifs. — Il est un certain nombre de précautions à prendre dans l'emploi des pansements à l'arsenic, afin d'éviter des complications qui peuvent être très dangereuses, et aller jusqu'à la nécrose d'une portion plus ou moins étendue de la mâchoire. On a également cité des cas dans lesquels le tampon s'étant détaché, a été avalé et a causé de véritables phénomènes d'empoisonnement.

Il faut donc avoir grand soin, dans la préparation de la cavité, de la disposer de façon à donner au coton quelques points d'appui dans son intérieur ou sur ses bords; puis, avant de renvoyer le client, de s'assurer de la solidité du pansement.

Ces accidents surviennent surtout dans les cas de carie interstitielle: ou bien une petite portion d'acide arsénieux n'entre pas dans la cavité, par suite du frottement du coton contre les bords de celle-ci ou sur la gencive; ou bien la salive finit par s'insinuer entre le coton protecteur et les parois de la cavité, et l'acide arsénieux fuse par cette voie.

Pour prévenir le premier inconvénient, il faut avoir soin de bien essuyer les alentours de la dent avec un coton non serré, porté à l'extrémité de la sonde, de faire rincer la bouche et d'essuyer de nouveau la dent, jusqu'à ce qu'on soit bien assuré qu'il ne reste plus aucun vestige d'acide arsénieux dans la bouche. Afin de mieux éviter le transport de l'arsenic sur la gencive, nous conseillons d'appliquer, tout d'abord, au fond de l'interstice, un pansement neutre qui protègera la muqueuse en recueillant les parcelles arsenicales qui pourraient s'échapper du pansement.

Pour parer au second inconvénient, il est nécessaire, quand on s'est assuré au moment du pansement de l'imperméabilité du coton protecteur, de ne pas laisser celui-ci trop longtemps en place. Il faudrait pouvoir l'enlever aussitôt que le caustique a produit son effet, c'est-à-dire au bout de 7 ou 8 heures.

Dans la durée de l'application, il convient de ne pas dépasser 24 heures, parce que forcément, pendant le repas, le pansement pro-

tecteur est ébranlé et perd son contact avec la paroi. A plus forte raison encore ne doit-on pas appliquer de pansement à l'arsenic chez des personnes qu'on ne peut revoir dans les 24 heures ou qui vont se mettre en voyage. Lorsque vous recevrez des clients pris soudain d'odontalgie, sur le point de partir, faites-leur un pansement calmant par le nettoyage minutieux de la cavité et l'application d'un coton phéniqué recouvert de benjoin, mais gardez-vous d'employer l'arsenic.

Un mot encore sur une dernière complication qui n'est heureusement pas très fréquente, la coloration rosée de la dent. Ce phénomène qui a également été observé dans certains cas de pendaison, de submersion, de choléra, reconnaît pour cause pathogénique la destruction des globules sanguins et l'infiltration de l'hématine dans les canalicules de l'ivoire. On l'observe lorsque la mortification de la pulpe s'est produite dans une dent fermée, sans ouverture de la chambre pulpaire ou avec une ouverture insuffisante. Il ne sera donc pas difficile de l'éviter en ouvrant largement le pertuis de pénétration, et en faisant dans les vingt-quatre heures, la toilette de la cavité pour la débarrasser de tous les débris désorganisés. Nous ne croyons pas devoir vous recommander une pratique, qui consiste à faire sur un autre point de la couronne une contre-ouverture pour l'écoulement des liquides.

L'emploi de l'acide arsénieux ne constitue pas à lui seul tout le traitement de la pulpe. Cet organe se trouvant simplement mortifié, il convient de l'enlever complètement à l'aide de moyens appropriés sur lesquels je n'ai pas à insister ici.

En résumé, messieurs, vous voyez que je n'ai pas chargé votre mémoire de formules, de noms de médicaments. Avec de l'*acide phénique*, de l'*acide arsénieux*, et une teinture résineuse, convenablement employés, vous pourrez réaliser tous les pansements nécessaires au traitement de la carie dentaire.

L'AURIFICATION PAR LA ROTATION.

Présentation de patiente. Perfectionnements accessoires.

Par R. Heidé.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 19 janvier 1886.

Depuis que j'ai eu l'honneur d'exposer les résultats de mon voyage à Brème, j'ai fait des démonstrations pratiques d'aurification par la rotation à la clinique de l'Ecole. Afin que tous puissent juger de la valeur des aurifications exécutées par la méthode Herbst, je vous présente une patiente, à qui j'ai fait un certain nombre d'aurifications par ce procédé.

Description des dents aurifiées.

1° L'incisive centrale droite ayant une carie du 2e degré à la face latérale, médiane avec perte de substance du côté lingual.

La reconstitution a été faite à l'aide de la matrice, ainsi que j'en ai indiqué l'emploi dans ma première communication. Après avoir pris l'empreinte, j'ai ajusté sur le modèle coulé, les morceaux de ressort avec leur épaulement de gomme laque. La digue mise, la cavité a été préparée sans points de rétention et n'ayant qu'une rainure en arrière des bords. Cette aurification, qui demandait l'équivalent de quatre feuilles d'or n° 4, a été faite en 25 minutes.

2° L'incisive latérale droite. Cette dent avait une cavité latérale médiane avec destruction de tissus en avant sur la face labiale, la pulpe n'était pas à découvert. La gencive pénétrait dans la cavité et on dut la repousser avec la digue. Je me suis servi de la même matrice en y ajoutant un autre morceau de ressort. L'équivalent de 4 feuilles et demie d'or a été employé, un bon tiers de la couronne a été reconstitué ainsi qu'on peut le constater et cela m'a demandé 32 minutes.

3° L'incisive latérale gauche, cariée du coté médian avec extension sur la face linguale. La pulpe était détruite, et je n'ai aurifié la dent qu'après qu'elle eut été soignée et guérie avec le plus grand succès par M. Mousis, élève de l'école, sous la direction du professeur de dentisterie opératoire, le Dr Levett. J'évalue à 5 feuilles d'or, le volume de l'aurification. Elle a été exécutée en 37 minutes. Sur cette dent il ne restait guère que la face externe et je n'ai pu pratiquer pour retenir l'or qu'une rainure en bas et en haut.

On peut constater, que ces aurifications ont la même apparence que les meilleures aurifications à l'or adhésif, et si l'on considère, la faiblesse des parois restantes après la préparation de la cavité, l'étendue des reconstitutions, on a la preuve péremptoire de la solidité et de l'homogénéité de l'or ainsi foulé. Le temps pourra peut-être infirmer ces conclusions, mais l'on peut raisonnablement espérer qu'il n'en sera pas ainsi, en examinant les cas que je soumets à votre appréciation.

Pour ces aurifications, j'ai employé quelques procédés accessoires nouveaux, dont je dois la connaissance au Dr Herbst, je me fais un plaisir de les communiquer à mon tour à la Société d'Odontologie.

Pour l'incisive latérale gauche, dont je vous parlais tout à l'heure, il était fort difficile de faire tenir les premiers cylindres d'or par les moyens ordinaires. Cela est devenu aisé grâce à l'emploi du procédé suivant :

Après avoir placé avec le fouloir à main un ou deux cylindres, selon la grandeur de l'obturation à exécuter, après les avoir foulé modérément à la main contre les parois, une boulette d'ouate est placée dans la cavité, elle doit presque la remplir sans pression, puis, on introduit à son centre un instrument n° 5 monté sur le

tour, en le faisant tourner ; des fois le coton s'enroule autour, et tourne avec lui, ce n'est pas un inconvénient, on appuie en tournant dans toutes les directions. Cette pression rotative assure une adhérence parfaite aux parois, et produit une sorte d'estampage, si je puis ainsi dire. La preuve de ce que j'avance, est dans l'empreinte obtenue sur ce camée, par le moyen que je vous indique, on peut remarquer, que les plus petites dépressions et saillies sont moulées exactement et que toutes les finesses de la gravure sont reproduites. Ce revêtement intérieur obtenu, on continue son obturation avec les cylindres selon la méthode précédemment indiquée.

Les avantages de la rotation pour revêtir les parois des cavites, ont suggéré à M. Herbst, la combinaison de l'or et de l'amalgame dans les cavités des dents antérieures.

Les dents mortes, ont une teinte spéciale, et l'on a essayé de bien des manières de leur rendre leur transparence ; ni le ciment, ni la gutta, encore moins l'amalgame, ne peuvent assurer ce résultat, l'or seul donne à une dent dont il ne reste plus qu'une couche d'émail une couleur presque naturelle.

Malgré cela, on ne peut toujours aurifier cette sorte de dents, et M. Herbst a imaginé de les obturer à l'amalgame après avoir recouvert leur paroi interne d'une feuille d'or assez épais du n° 10 et au-dessus. Un ou deux gros cylindres d'or assureraient le même résultat.

Revêtir intérieurement une dent excavée avec de l'or, serait d'une application difficile par les moyens ordinaires. La pression du coton, combinée avec la rotation du brunissoir, le rend facile. Le résultat est sous vos yeux.

Voici une grande incisive obturée d'un côté à l'amalgame seul, on remarque sa teinte bleu foncée ; de l'autre, on a interposé une feuille d'or entre l'amalgame et la paroi labiale, la dent a une coloration beaucoup plus vivante.

Afin d'éviter que le mercure ne s'amalgame avec l'or, M. Herbst badigeonne légèrement l'or avec du vernis de copal et fait évaporer le liquide par l'air chaud. A mon avis, la dissolution de gutta percha serait préférable.

Si en foulant on perforait sa feuille d'or, on pourrait combler les trous avec des petits cylindres. Il est évident qu'on doit éviter de placer une trop grande épaisseur d'or, et d'enlever à la carie la forme favorable pour la rétention de l'amalgame.

Il se peut que cette combinaison rende aussi des services dans certaines caries du deuxième degré et qu'elle généralise l'emploi de l'amalgame en permettant de l'utiliser pour les dents antérieures.

Le Dr Herbst a certainement contribué à répandre l'usage des matrices, pour l'obturation des dents, en montrant combien il était simple de les faire, et profitable de s'en servir. Je voudrai vous présenter un dernier perfectionnement qu'il a apporté à leur confection.

On coupe à la hauteur voulue une bande de maillechiort, ou entoure la dent à obturer, puis on réunit les deux bouts en les serrant dans une pince plate. Hors de la bouche, un peu de chlorure de zinc et un paillon de soudure d'étain sont placés séance tenante sur les extrémités, et une soudure instantanée est obtenue, en faisant un peu chauffer le tout sur la lampe à alcool. Tout cela peut se faire sans sortir du cabinet d'opérations et pour prouver la simplicité d'exécution je vais préparer ainsi une matrice sous vos yeux.

On enlève le mauvais goût que donne le chlorure de zinc, en trempant la matrice dans l'alcool.

On peut, quand cela est nécessaire, fortifier la lame de maillechiort, en coulant un peu de soudure d'étain sur la paroi devant subir la pression des fouloirs pendant l'aurification. Pour enlever la matrice, il est bon de la disjoindre, en glissant entre les deux bouts soudés une lame quelconque.

Ces perfectionnements simplifieront encore l'application de la méthode rotative. Ils peuvent aussi servir pour d'autres genres d'obturation.

Mes descriptions peuvent faire croire à une complication opératoire, ils sont pourtant d'exécution prompte et facile et j'ose assurer qu'un peu d'habitude prouvera cette assertion, et que grâce à eux, on obtiendra une plus grande perfection dans le travail des obturations.

NOUVEAU MODE DE REPRODUCTION

DES PAPILLES SUR LES PIÈCES EN CAOUTCHOUC DITES EN « CAOUTCHOUC ESTAMPÉ » PAR M. GILLARD

Communication à la Société d'odontologie. Séance du 16 février 1886.

L'objet de ma communication de ce soir va peut-être paraître à bon nombre d'entre vous bien insignifiant, c'est plutôt un petit truc d'atelier qu'un procédé nouveau ; mais j'estime que, dans notre pratique, le moindre détail peut avoir son importance s'il facilite le travail et rend au patient nos appareils plus vite tolérables.

Si, dans la confection des appareils prothétiques en vulcanite, la surface palatine ou muqueuse doit être faite avec tout le soin possible au point de vue d'une adaptation parfaite au modèle, la surface linguale ne doit pas non plus être négligée. Sa forme, son polissage méritent également l'attention du praticien scrupuleux ; il ne suffit pas, comme semblent le penser quelques mécaniciens, de donner un beau poli à son appareil.

Souvent, dans la pratique, on voit des personnes mal tolérer leurs pièces. Ce sont, outre une grande difficulté de phonation, des nausées, des vomissements durant parfois assez longtemps pour que le client, malgré sa patience et sa bonne volonté, vienne un

jour dire qu'il ne peut rester ainsi plus longtemps. Ces phénomènes disparaissent toujours après l'enlèvement de la pièce.

Sans rechercher ici l'explication physiologique de ces faits, on peut cependant remarquer que la langue, dans l'état normal, est habituée à se trouver en contact avec la face postérieure des dents et la muqueuse palatine; elle en connaît toutes les saillies, toutes les dépressions, aussi se trouve-t-elle pour ainsi dire dépaysée si l'on vient à recouvrir cette muqueuse d'un palais artificiel lisse et poli. Désagréablement influencés, les nerfs sensitifs de la langue (le glosso-pharyngien semble, dans ce cas, jouer le rôle le plus important), influent sur les centres nerveux, déterminent des actions réflexes mettent en jeu les muscles qui agissent dans le vomissement (muscles abdominaux, diaphragme, etc., etc.). Il est donc facile de comprendre combien il est important que la face linguale de tout appareil prothétique soit autant que possible la reproduction fidèle de la muqueuse du palais. Souvent, (les vieux praticiens doivent avoir sur ce point des observations personnelles), il a suffi de remplacer une pièce à surface linguale lisse par une pièce reproduisant les papilles, pour voir des clients ne plus se plaindre de nausées et retirer promptement profit de leur appareil.

La nécessité de la présence des papilles démontrée, quels moyens le praticien possède-t-il pour les reproduire ?

Nous ne parlerons que des pièces en vulcanite ou autres substances plastiques, puisque dans les pièces métalliques l'estampage donne le résultat que nous cherchons.

Quelques dentistes se contentent de sculpter à l'échoppe, lors de l'achèvement de la pièce, quelques saillies; mais il est aisé de comprendre qu'elles ne peuvent jamais être une reproduction exacte des papilles palatines, et si elles présentent à la langue un contact moins désagréable qu'un corps complètement lisse, elles sont loin de la satisfaire entièrement et lui causent encore une gêne considérable.

Un procédé, celui généralement employé, exige l'usage d'un moufle en trois parties métalliques. Une partie inférieure, une partie supérieure, comme dans le moufle ordinaire, puis une partie intermédiaire, sorte d'anneau plat destiné à donner l'épaisseur de la pièce.

Dans la première partie, portion inférieure, le modèle en cire est d'abord mis en plâtre suivant le procédé ordinaire. Le plâtre durci, on enlève la cire; à l'aide de la portion supérieure on coule la deuxième partie ou contre-partie du moufle qui, arrivant directement en contact avec la première, reproduit fidèlement les papilles qu'elle porte. Après avoir bourré on intercale la partie intermédiaire ou anneau qui donne l'épaisseur de la pièce; mais ici est le grand défaut du procédé, cette même épaisseur est reproduite partout, aussi bien sur la surface palatine, où seulement elle est utile, que sur les couronnes des dents et sur les talons, où elle est très nuisible. Alors l'articulation est perdue il faut la refaire à l'échoppe et enlever sur tout le pourtour de la pièce l'épaisseur en

trop, ce qui exige un travail long et parfois minutieux à cause de l'articulation.

Quelques mécaniciens, employant ce procédé, font leur première portion de moufle de façon à ce que le plâtre recouvre les talons de leurs dents. Ils évitent ainsi, aprés vulcanisation une épaisenr nuisible sur ces talons ; mais dans ce cas il devient impossible de bourrer les espaces interdentaires alors cachés avec du caoutchouc rose et de terminer ses talons en caoutchouc blanc si on le désire.

Le procédé ou plutôt le petit tour de main que je viens vous soumettre, supprime tous ces inconvénients; il permet la reproduction exacte, dans leur situation normale, des papilles palatines, de conserver tous les points d'articulation. Il permet au mécanicien de bourrer comme bon lui semble et même, s'il le désire, de faire une pièce avec des couches de nuances diverses conservant entre elles leur parallélisme et leur épaisseur.

Dans ce procédé, tout moufle ordinaire peut servir; il faut bien une ou plusieurs rondelles intermédiaires pour donne l'épaisseur; mais comme on ne vulcanise et qu'on ne coule pas lr plâtre sur elles, on peut les faire en carton. Le carton, nommé carton à satiner, est excellent pour cet usage.

Dans la portion inférieure du moufle, le modèle en cire est d'abord mis en plâtre à la façon ordinaire, les dents en l'air. Le plâtre, une fois pris, on enlève à la spatule toute la surface palatine du modèle de cire; il faut respecter et laisser en place tous les talons et les anneaux enveloppant les dents naturelles restant. Dans cette première portion bien savonnée ou huilée, on coule directement la seconde portion ou contre-partie, puis la prise du plâtre une fois faite on sépare le moufle. Alors seulement nous quittons les procédés connus, et, au lieu de bourrer immédiatement en caoutchouc, on bourre avec une substance molle, plastique, sans être chaude, le mastic des vitriers et de préférence la cire à modeler des sculpteurs. On étend aussi également que possible ces substances dans la portion inférieure du moufle, où, ne l'oublions pas, sont restés en cire et les anneaux et les talons avec leurs points d'articulation. Les rondelles en carton ou métal sont alors interposées entre la première et seconde partie du moufle, puis on donne une pression. Il faut avoir soin de garnir abondamment de talc la contre-partie et la surface de la matière plastique, cette dernière ayant grande tendance à adhérer au plâtre.

Enlevant alors la contre-partie, on a en matière plastique la pièce exactement telle qu'elle serait venue en caoutchouc vulcanisé dans le procédé ordinaire; mais puisqu'on se trouve en présence d'une matière plastique, rien de plus facile que d'enlever à l'ébauchoir toutes les parties nuisibles. Les talons, les points d'articulation, les anneaux en cire ne sont point déformés par la subslance plastique et il reste dans le moufle la pièce telle qu'elle doit

être définitivement avec les papilles parfaitement reproduites, quant à leur forme et leur emplacement.

Détruisant alors la contrepartie qui occupe la portion supérieure du moufle, on remet sans aucune pièce intermédiaire cette portion en place et on coule une deuxième contre-partie qui, cette fois, donne un moufle simple et ordinaire. Il ne reste plus qu'à enlever la cire et la substance plastique, puis bourrer et cuire. Ce petit tour de main bien plus long à décrire qu'à pratiquer, donne d'excellents résultats. Le seul ennui de couler une seconde contre-partie est largement compensé par l'effet obtenu.

Désire-t-on produire un appareil à plusieurs couches de caoutchouc, noir et rose par exemple, le moufle se fait de la même façon en ayant soin toutefois de ne pas briser la première contre-partie. Au moment de presser la substance plastique on intercale deux rondelles donnant ensemble l'épaisseur désirée pour la pièce; la seconde contre-partie est coulée comme on vient de le dire. Lors du bourrage en caoutchouc on met d'abord une épaisseur de caoutchouc noir, puis avec une seule des deux rondelles et la première contre-partie on donne une pression qui égalise le caoutchouc. Cette première couche est alors découpée vers les collets et les talons des dents, suivant les limites qu'on désire lui donner; le bourrage est terminé avec le caoutchouc rose et la pression donnée avec la deuxième contre-partie, sans, cela va sans dire, l'interposition d'aucune rondelle intermédiaire.

Tous ces petits tours de main, je le répète, sont plus longs à décrire qu'à pratiquer; ils simplifient même et régularisent le travail pour le praticien qui fait ce genre d'appareils.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 février 1886.

I. Election du bureau. — II. Présentation d'un obturateur. Discussion. — III. Nouveau mode de reproduction des papilles.

Présidence de M. Poinsot, vice-président :

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté. L'ordre du jour invite les membres de la Société a élire un nouveau bureau pour l'année 1886.

Le vote donne les résultats suivants :

Président, Lecaudey;

Vice-Présidents, Aubeau, Poinsot;

Secrétaire général, Blocman.

Secrétaires des séances, Bioux, Legret.

M. Godon fait connaître que, lors de la visite que le docteur Harlan, de Chicago, fit à l'École dentaire de Paris, il lui communiqua son projet de recherches sur les dépôts salivaires et leur localisation, ainsi que les formules qu'il avait fait établir dans ce but.

Si des membres de la Société veulent bien prendre des observations sur ce modèle de formule et les retourner au docteur Harlan cela l'aiderait dans ses recherches.

M. Godon présente ensuite, au nom de M. Plattu, de Bordeaux, l'observation suivante avec un appareil à l'appui :

Messieurs.

J'ai l'honneur de vous adresser un appareil obturateur pour la perforation de la voûte palatine que j'ai été amené à confectionner dans le but de répondre à certaines dificultés d'adaption et, en même temps, qu'à la possibilité de son fonctionnement utile.

Je vous adresse à la fois, et l'appareil lui-même, et un modèle de cet appareil. Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien les soumettre à l'appréciation des professeurs autorisés de l'École dentaire de Paris, ainsi qu'à la Société d'odontologie de Paris, convaincu que je suis, d'avoir apporté certains perfectionnements avantageux dans la confection de ce genre d'appareil, et de l'utilité qu'il y aurait dans sa consécration par de savants confrères. J'ajoute à l'envoi, la note explicative relativement à la nature de la lésion et au genre d'inconvénient que cet appareil a eu pour objet de pallier.

Je vous prierai de vouloir bien accepter, pour la collection du musée de l'Ecole dentaire, la pièce que j'ai l'honneur de vous adresser.

P. S. Veuillez, je vous prie, prendre note, que le moule que je vous envoie, étant la 4me reproduction du premier modèle qui est en ma possession, et la pièce ayant été confectionnée sur ce dernier, l'adaption, par conséquent, ne se trouve plus être aussi exacte.

NOTE EXPLICATIVE

La malade, qui fait l'objet de cette observation, est une dame d'une cinquantaine d'années. Les obturateurs modelés sur la bouche de cette personne et dont elle a essayé de se servir jusqu'à ce jour, n'ont donné aucun résultat, ne répondant en aucune façon aux conditions exigées par la nature, et l'étendue de la perforation de la voûte palatine qui s'étend jusqu'à une distance de 3 m/m 1/2 du bord postérieur du voile du palais, ne laissant ainsi qu'une étroite bande de ce bord.

D'après cela, on comprend facilement que les extrémités des obturateurs employés par cette malade étant en matière dure devaient empêcher, par ce seul fait, et empêchaient effectivement la déglutition d'un autre côté si on les eut faits plus courts (c'est-à-dire assez éloigné de la petite bande qui touche aux amygdales) la perforation restait fatalement à nu et dans ce cas, comme dans l'autre, l'obturateur ne remplissait pas son but.

Je me suis donc occupé de faire disparaître ces deux inconvénients essentiels en appliquant mon nouveau procédé à la confection de l'obturateur, que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Ecole dentaire de Paris.

Le plus grand succès à couronné tous mes efforts, le sujet se trouvant actuellement, en effet, après de nombreuses années de souffrance, dans la possibilité de faire avec grande facilité et le mouvement de déglutition et de mastication.

Les changements que j'ai jugés à propos d'apporter dans les divers systèmes d'obturateurs employés jusqu'à ce jour, sont les suivants :

1° J'ai fait disparaître la principale des difficultés, qui consistait à

harmoniser le fonctionnement de l'appareil avec le mouvement de déglutition.

Pour céla, la partie de l'appareil qui porte sur les amygdales et les parties voisines sont en caoutchouc mou, de telle façon que lorsque la déglutition a lieu, le caoutchouc qui adhère parfaitement, se trouve suivre, sans la moindre difficulté, les mouvements produits, et sans que le sujet se trouve aucunement incommodé.

2° La partie de l'obturateur destinée à combler la perforation est d'une légèreté et d'une adhérence parfaites. La partie extérieure est aussi en caoutchouc mou et ce dernier, par sa seule souplesse et élasticité, s'adapte parfaitement même aux irrégularités de la perforation.

Dans le corps de cette partie obturatrice de l'appareil se trouve englobé, pour plus de légèreté, un morceau de liège, qui allège ainsi énormément le poids de la pièce.

Le caoutchouc mou que j'emploie pour ces appareils est d'une fabrication spéciale et ne se trouve pas dans les dépôts de nos fournisseurs.

Je me tiens à la disposition de l'administration de l'Ecole dentaire pour plus amples détails.

NOTE. — Il est à remarquer sur le modèle ci-joint une certaine irrégularité dans la conformation du maxilliaire.

Le côté gauche est plus court que le côté droit, résultat dû à *l'absence naturelle* de la seconde petite et de la première grosse mollaire.

Au sujet de cette communication, une discussion s'engage entre MM. Poinsot, Heidé et Preterre :

M. Heidé démontre que, d'après les moulages adjoints à l'appareil, il n'y a qu'une moitié de la perforation qui soit comblée :

La Société est de cet avis.

M. Preterre demande si la perforation est acquise ou congénitale, ce qui n'est pas exposé dans l'observation; — La société croît à une perforation congénitale.

M. Poinsot qui a, comme M. Preterre, beaucoup étudié les pertes de substances de la cavité buccale, prétend que plus un palais est mutilé, mieux le malade supporte un appareil.

M. Preterre est opposé aux masses pour combler les pertes de substances.

M. Gillard a étudié l'emploi du caoutchouc mou dans les pièces et dentiers, il se propose de faire à la Société une communication à ce sujet, et n'approuve pas le moyen employé par M. Plattu.

M. Viau ne voit pas l'utilité des petites succions disposées au bord de l'appareil.

M. Gillard prend ensuite la parole et fait, à la Société, une communication sur un nouveau-mode de reproduction des papilles sur les pièces en caoutchouc (1).

M. le Président remercie M. Gillard de son intéressante communication.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
BLOCMAN.

---

(1) *Cette communication est publiée dans le corps du journal.*

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES AFFECTIONS DU SYSTÈME DENTAIRE, par M. Paul Dubois

DÉPARTEMENTS	Classe 1860			Classe 1861			Classe 1862			Classe 1863			Classe 1864			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte des dents	TOTAL des maladies autres
	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Ain	2.189	13	»	2.170	»	»	1.995	12	»	1.739	7	»	1.598	3	»	9.691	35	»
Aisne	3.238	58	3	2.782	29	14	2.899	49	1	2.654	24	2	2.582	1	17	14.155	161	37
Allier	2.295	1	15	2.229	1	»	2.113	2	2	2.254	3	»	1.861	2	2	10.752	9	19
Alpes (Basses-)	879	13	1	906	6	1	844	10	»	960	7	4	898	9	»	4.487	45	6
Alpes (Hautes-)	916	4	»	1.056	2	2	926	1	1	936	5	2	836	1	2	4.670	13	7
Alpes-Maritimes	982	25	»	853	25	»	909	16	»	947	16	3	856	9	»	4.527	91	3
Ardèche	2.443	5	1	2.404	»	2	2.297	2	»	2.467	1	»	2.234	1	»	11.545	9	3
Ardennes	2.273	70	4	2.252	34	1	2.100	42	4	2.090	56	»	2.208	163	»	10.923	365	9
Ariège	1.694	1	2	1.650	2	2	1.640	3	1	1.472	1	4	1.805	5	3	8.261	12	12
Aube	1.063	5	»	1.063	4	1	846	3	»	998	8	5	1.192	4	2	5.162	24	8
Aude	1.558	2	2	1.543	3	1	1.536	1	4	1.508	1	3	1.633	4	1	7.860	11	11
Aveyron	2.591	4	2	2.780	8	5	2.431	4	1	2.644	7	»	2.273	9	»	11.719	32	8
Bouches-du-Rhône	1.955	4	3	1.922	2	1	2.223	4	13	2.461	12	1	2.256	35	3	10.517	67	21
Calvados	2.225	27	»	2.452	74	1	2.169	27	1	2.430	32	»	2.021	29	»	11.047	209	2
Cantal	1.355	1	2	1.929	1	1	1.936	5	2	1.524	1	3	1.708	2	»	8.452	10	8
Charente	2.144	27	1	1.814	12	1	1.853	12	»	2.045	7	»	1.889	11	»	9.745	69	2
Charente-Inférieure	2.625	34	4	2.388	48	3	2.317	4	45	2.288	2	»	2.167	29	1	11.785	117	53
Cher	2.242	1	5	2.368	24	»	2.209	1	17	2.464	»	27	1.977	4	»	11.260	30	49
Corrèze	2.870	18	4	2.508	8	»	2.417	12	»	2.709	7	2	2.274	3	»	12.778	48	»
Corse	1.335	11	»	1.322	6	»	1.331	3	»	1.462	6	»	1.293	1	»	6.743	27	»
Côte-d'Or	1.974	12	»	1.931	15	»	1.959	10	»	1.880	27	»	1.779	46	1	9.523	84	1
Côtes-du-Nord	3.689	15	2	3.251	4	»	3.705	2	8	3.803	6	1	3.655	9	1	18.103	36	12
Creuse	2.080	13	7	2.283	36	1	1.880	25	6	1.935	8	4	1.585	7	1	9.763	89	19
Dordogne	3.493	11	»	3.262	10	»	3.228	23	1	3.463	21	»	3.552	14	»	18.698	79	1
Doubs	1.669	18	2	1.692	»	8	1.638	30	1	1.666	40	»	1.382	13	1	8.047	71	12
Drôme	2.045	2	12	2.095	11	»	1.976	»	5	1.931	3	»	1.766	8	1	9.813	13	18
Eure	1.931	76	3	2.104	145	2	2.048	150	»	2.019	91	»	2.319	200	»	10.421	662	5
Eure-et-Loir	1.336	7	1	1.468	19	»	1.227	4	»	1.226	9	»	1.431	15	»	6.688	54	1
Finistère	3.779	1	4	3.951	4	5	4.290	4	3	3.820	2	»	4.060	13	2	19.900	24	14
Gard	2.050	»	4	2.262	6	1	2.483	10	3	2.310	4	2	2.256	18	1	11.361	38	11
Garonne (Haute-)	2.293	12	»	2.319	18	»	2.138	6	1	2.490	13	2	2.278	20	1	11.218	69	4
Gers	1.571	6	»	1.608	11	»	5.846	32	»	1.791	35	»	1.705	20	1	8.501	104	1
Gironde	2.854	39	»	2.945	75	5	3.119	101	»	3.457	183	3	3.523	195	2	15.896	593	10
Hérault	1.849	3	1	1.881	1	6	2.146	2	10	2.175	1	10	2.221	11	14	10.272	18	41
Ille-et-Vilaine	2.507	26	»	4.395	27	12	4.334	3	10	4.174	3	8	3.706	11	3	19.116	70	59
Indre	1.720	8	1	2.050	12	»	1.802	9	1	1.693	4	1	1.769	15	»	9.034	48	3
Indre-et-Loire	1.742	42	1	1.700	18	2	1.676	35	1	1.842	37	1	1.812	57	»	8.772	189	5
Isère	3.528	25	4	3.438	20	6	3.837	32	5	3.616	15	»	3.116	21	5	17.535	113	20
Jura	1.988	22	1	1.697	26	»	2.016	4	2	1.944	18	1	1.950	13	1	9.595	83	5
Landes	1.884	30	3	1.663	16	»	1.893	35	»	1.806	60	2	1.991	61	»	9.237	202	5
Loir-et-Cher	1.793	55	2	1.674	15	5	1.890	14	3	1.814	2	28	1.651	22	»	8.822	68	38
Loire	3.279	1	»	2.945	5	»	2.946	»	»	2.848	2	1	2.809	»	4	14.827	8	5
Loire (Haute-)	2.066	»	2	2.185	2	6	2.225	2	5	2.258	2	8	2.072	14	1	10.806	20	22
Loire-Inférieure	2.083	21	»	2.920	32	»	2.971	33	»	2.738	49	»	3.001	59	»	13.715	194	»

DÉPARTEMENTS	Classe 1860			Classe 1861			Classe 1862			Classe 1863			Classe 1864			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Loiret	1.705	9	»	1.665	7	»	1.870	15	5	1.825	7	»	2.074	11	1	9.139	49	6
Lot	1.610	2	3	1.739	8	»	1.584	8	2	1.900	9	1	1.982	2	1	8.015	29	7
Lot-et-Garonne	1.414	20	»	1.366	23	1	1.386	30	»	1.501	61	»	1.680	9	27	7.187	143	28
Lozère	831	2	»	934	4	»	909	5	»	919	1	3	778	2	»	4.270	12	3
Maine-et-Loire	2.570	15	1	2.571	25	1	2.476	28	8	2.644	29	2	2.386	18	1	12.637	115	13
Manche	3.370	32	»	3.370	19	2	3.066	23	1	2.782	13	2	2.934	27	1	15.522	114	5
Marne	1.461	4	1	1.433	4	»	1.472	10	»	1.610	8	1	1.627	8	»	7.603	34	2
Marne (Haute)	1.283	29	3	1.364	49	»	1.297	12	»	1.244	19	»	1.376	43	1	6.566	152	4
Mayenne	2.147	20	3	2.001	13	3	2.129	12	»	2.044	14	»	1.922	9	»	10.243	68	6
Meurthe	2.795	21	»	2.737	19	3	2.603	8	1	2.243	18	»	2.479	11	»	12.857	75	4
Meuse	1.542	15	»	1.522	11	3	1.397	14	»	1.471	23	»	1.400	15	»	7.332	78	3
Morbihan	2.722	7	2	2.489	»	1	2.685	1	»	2.680	2	1	2.674	»	2	13.351	10	4
Moselle	2.904	13	1	2.963	11	1	3.110	44	»	3.676	45	»	3.084	19	7	15.737	119	10
Nièvre	2.160	6	1	2.246	7	»	2.053	9	»	2.089	7	2	1.997	»	7	10.545	29	10
Nord	6.165	42	3	5.677	36	1	5.793	45	2	6.232	94	3	5.746	43	2	31.613	106	11
Oise	2.153	64	1	2.190	56	1	1.885	44	1	2.040	44	3	1.935	53	1	10.203	232	7
Orne	2.599	15	1	2.235	21	»	2.596	123	6	2.089	45	»	2.186	36	1	11.715	239	8
Pas-de-Calais	3 165	24	»	3.099	14	1	3.346	59	1	3.683	40	2	3.563	67	1	16.856	205	5
Puy-de-Dôme	3.339	1	»	3.461	5	1	3.136	1	»	3.029	52	»	2.978	6	»	15.943	15	1
Pyrénées (Basses-)	2.712	37	2	2.989	48	2	2.635	8	64	2.999	85	6	2.656	85	1	13.991	260	75
Pyrénées (Hautes-)	1.328	10	»	1.566	30	4	1.570	21	3	1.390	37	2	1.424	38	»	7.278	136	9
Pyrénées-Orientales	939	2	»	965	3	»	1 059	8	»	998	3	2	1.013	1	»	4.974	17	2
Rhin (Bas-)	3.177	3	»	3.255	2	10	3.574	5	1	3 497	19	3	3.327	10	1	16.830	29	15
Rhin (Haut-)	3.667	12	»	3.645	16	»	3.400	7	»	3.151	9	2	3.092	9	»	16.955	53	2
Rhône	2.503	»	3	2.857	4	»	3.035	13	2	3.184	3	19	2.755	11	1	14.334	47	25
Saône (Haute-)	1.683	2	»	1.809	6	»	1.795	9	»	1.661	16	»	1 463	1	1	8.411	34	1
Saône-et-Loire	3.160	3	1	3.226	2	1	3.590	8	»	3 023	3	4	2.702	9	2	15.601	25	8
Sarthe	2 162	6	1	2.251	33	»	2.413	51	3	2.485	35	»	2.274	24	3	12.585	149	7
Savoie	1.975	»	»	1.904	1	2	1.850	»	3	2.011	4	4	1.782	»	3	9.472	5	12
Savoie (Haute-)	1.843	»	»	1.774	2	1	1.816	5	1	1.836	1	2	1.763	2	2	9.032	10	6
Seine	6.244	29	5	6.315	42	6	6.293	30	26	6.370	30	2	6.742	39	3	31.964	170	42
Seine-Inférieure	4.622	333	2	4.878	295	3	4.858	125	2	4.890	448	3	4.910	332	3	24.158	1.533	13
Seine-et-Marne	1.614	»	96	1.925	4	33	1.609	4	11	1.717	18	8	1.723	1	25	8.588	27	141
Seine-et-Oise	2.462	67	»	2.595	38	»	2.192	40	»	2.349	47	»	2.449	57	»	12.047	249	»
Sèvres (Deux-)	1.704	1	»	1.938	»	1	1.723	2	6	1.738	2	4	1.646	2	4	8.749	7	15
Somme	3.094	97	»	2.829	102	3	2.594	88	11	2.690	119	6	2 747	90	»	13.924	496	20
Tarn	2.415	42	2	2.108	18	6	1.935	3	»	2.343	11	1	2.035	7	»	10.837	79	9
Tarn-et-Garonne	1.004	1	»	1.089	4	»	1.148	18	»	1.149	2	»	994	2	1	5.384	27	1
Var	1.181	7	1	1.134	3	2	1.112	»	»	1.201	26	»	1.101	7	»	5.729	41	3
Vaucluse	1.093	»	1	1.285	»	7	1.346	1	3	1.272	11	1	1.222	8	8	6.218	15	20
Vendée	2.432	28	2	2.356	6	1	2.228	20	2	2.186	3	»	2.426	47	1	11.628	69	6
Vienne	1.852	6	11	1.971	9	»	2.045	10	1	1.784	7	»	1.658	6	»	9.307	38	12
Vienne (Haute-)	2.704	11	3	2.746	17	6	2.690	2	17	2.972	23	»	2.638	19	»	13.750	72	26
Vosges	2 909	6	12	2.642	11	1	2.653	22	»	2.545	10	3	2.530	3	18	13.279	52	34
Yonne	1.833	11	»	1.868	14	»	2.297	17	3	2.143	25	1	1.944	22	1	10.082	89	5

REVUE DE L'ETRANGER

NOTES SUR DE NOUVEAUX REMÈDES

par M. A. W. Harlan, M. D. Chicago

Lues devant la Société des dentistes de l'Illinois.

Les additions permanentes à la matière médicale dentaire n'arrivent que lentement à se faire place. La raison en est évidente, car toute pratique doit être en premier lieu, du moins, plus ou moins empirique. Les médicaments et les substances composés le plus nouvellement et introduits dans la pratique dentaire peuvent être catalogués très brièvement : le protoxyde d'ydrogène, l'iodure de zinc, l'eugénol, le sanitas, le sublimé corrosif (ce n'est pas un nouveau médicament, mais il a reçu une application nouvelle), l'aconitine, le chlorure d'aluminium, l'extrait fluide de tonga, le sulfure de calcium, le sulfate de gelsemium, le boro-glycéride, l'eucalyptol, l'iodoforme, le tartrate de Chinolin, le menthol, la naphtaline, la térébentine, le cannabin, la cocaïne, la pheno-resorcine, la resorcine et quelques autres, qu'il n'est pas nécessaire d'énumérer. Toutes les substances ci-dessus mentionnées ont été plus ou moins l'objet de recherches, principalement de la part des médecins praticiens ; mais, je suis heureux de le constater, ont été d'abord expérimentées par des praticiens dentistes. Je solliciterai l'attention par une considération rapide des propriétés de la resorcine, du phéno-resorcine, de la cocaïne, de l'hydrochlorate de cocaïne et sur une combinaison du peroxyde d'hydrogène avec une solution aqueuse du sublimé corrosif.

Résorcine $C^6H^4 (OH)^2$ et *phéno-résorcine*

Witthaus (chimie médicale): « Resorcine. Cristaux prismatiques sans couleur ; fusible à 110° Fahrenheit, bouillant à 270° ; obtenu par l'action de la potasse sur le galbanum, l'assa-fetida, etc. »

Stocken (matière médicale dentaire) : « Résorcine. On lui attribue les avantages suivants sur l'acide carbolique : plus soluble dans l'eau, presque dénué d'odeur, son action toxique est faible. »

Bloxam (Chimie, cinquième édition) : « Résorcine $C^6H^4 (OH)^2$ est un phénate très soluble, obtenu en distillant l'extrait de bois du Brésil, ou par l'action de l'hydrate de sodium sur l'acide bisulefurique de benzine, obtenu par l'action de l'acide sulfurique sur la benzine. »

Edes (Manuel thérapeutique de la pharmacopée des Etats-Unis): « Résorcine. Elle est tout à fait parente du phénol et est, comme lui, un antiseptique puissant dans la proportion de un pour cent. Elle est soluble dans tous les dissolvants, excepté le chloroforme et le sulfure de carbone. Elle a, par suite, le grand avantage sur l'acide carbolique, d'avoir des propriétés beaucoup moins toxiques. Extérieurement, on peut s'en servir dans tous les emplois

chirurgicaux de l'acide carbolique, et elle lui est préférable, par l'absence d'odeur, de danger d'empoisonnement et sa solubilité dans l'eau en toute proportion. »

Lewin (Effets accidentels des médicaments) : « Résorcine. Si deux ou trois grammes de résorcine sont administrés en solution ou en nature, l'effet se produit en quelques minutes. Il se produit du vertige, du bourdonnement dans les oreilles et un accroissement dans la fréquence du pouls et de la respiration. La face rougit, les yeux deviennent brillants, les patients sont dans un état ressemblant à l'intoxication. Il y a quelquefois du délire et des hallucinations ; la parole devient hésitante et un léger tremblement convulsif apparaît aux mains. »

Biddle (Matière médicale) : « L'ammoniaque Résorcine est obtenu de la résine (galbanum). De la résine on obtient l'umbelliferone et la résorcine ».

Bartholow (Matière médicale et thérapeutique) : « La résorcine (non officinal) — *historique*. — La resorcine est un composé chimique découvert par Hlasivetz et Barth, et a été obtenue de certaines résines par l'action d'alcalis fusibles. Ils ont donné au nouveau composé le nom de *résorcine* d'une part parce qu'il est dérivé de la *résine* et, d'autre part, parce que'lle a quelque ressemblance avec l'*orcin*, une substance particulière tirée de l'orchil (orseille). Par la suite la resorcine a été reconstituée synthétiquement par Kôrner, et, en ce moment, on l'obtient de différentes façons, le produit étant à la fois pur et bon marché. *Propriétés*. — La résorcine est un membre du groupe phénol. Elle se présente sous la forme de cristaux tubulaires prismatiques, brillants et lustrés ; elle a quelque chose de doucereux au goût avec un arrière-goût âcre. Son odeur ressemble à celle du phénol, mais n'est pas, à beaucoup près, aussi prononcée. Elle est très soluble dans l'eau, dans la proportion de 86,4 partis de résorcine pour 100 parties d'eau à 0°. Elle est soluble dans tous les liquides, excepté le chloroforme et le sulfure de carbone. Les liquides albumineux, traités avec une solution concentrée de résorcine, deviennent troubles par la formation d'un albuminate de résorcine.

La dose pour les emplois usuels varie de cinq à quinze grains (0 gr. 32 à 0 gr. 96). Pour obtenir un effet antipyrétique marqué, on peut donner un drachme (3 gr. 88), mais cette dose ne devrait pas être fréquemment répétée. Cinq grains peuvent être donnés chaque deux heures dans les cas ordinaires. *Action physiologique*. — La resorcine n'irrite pas et n'est pas absorbée par les téguments non altérés. La solution, injectée dans les tissus souscutanés, ne produit qu'une petite irritation et jamais d'inflammation ni d'abcès. Appliqué sur la membrane muqueuse humectée, elle produit un effet vésicant, et une ampoule blanche se forme pareille à celle que produit l'acide phénique (mais pas aussi grave). Elle possède des propriétés antiputrides, arrête la décomposition des tissus animaux, désinfecte et détruit les organismes microscopiques qui sont la cause de la putréfaction. La solution

au centième préviendra la décomposition de l'urine, même si elle est exposée à l'air pendant des mois. Appliquée sur des plaies de mauvaise nature, elle arrête la décomposition, détruit la fétidité, et provoque une bonne cicatrisation (Dujardin-Beaumetz).

L'élimination de la résorcine s'effectue presque entièrement par l'urine; la plus grande partie absorbée est excrétée en une heure. *Thérapeutique.* — La résorcine, ayant des propriétés beaucoup moins irritantes, est généralement préférée à l'acide phénique pour l'usage externe et sous-cutané. On s'en est servi avec grand succès, localement, dans les syphilides et autres maladies de la peau d'un caractère louche et malsain. Sa solution peut être employée en inhalations dans les affections du nez et de la gorge quand elles sont catarrhales, ulcéreuses ou spécifiques. Andeer affirme que, appliqué sous forme de cristaux ou en poudre, c'est le remède le plus efficace dans les affections diphtéritiques et qu'il a été employé avec un égal succès dans l'anthrax. Le phéno-résorcine, l'acide phénique et la résorcine (67 parties du premièr et 33 de la dernière) forment un mélange qui cristallise par le refroidissement et, en y ajoutant 10 pour cent d'eau, il devient liquide et peut se mélanger avec l'eau dans toute proportion. »

Le professeur James (Thérapeutique, passages respiratoires, etc.) « La résorcine étant un désinfectant externe, on emploie les solutions de deux à dix pour cent, elles ne sont pas irritantes, quoique la résorcine elle-même soit caustique, Le goût en étant quelque peu âcre, il faut qu'elle soit bien diluée. »

J. M. Bruce. (Matière médicale) : « Résorcine. Son action et son emploi : à l'intérieur, la résorcine est antiseptique et désinfectant sans être irritant. Dans les solutions ordinaires (de 2 à 10 0/0), elle a été employée comme un topique pour toute espèce de plaies et de blessures. »

Aux citations ci-dessus provenant d'auteurs qui font autorité, je puis ajouter ce qui suit : les cristaux de résorcine appliqués sur les excroissances fongueuses de la pulpe ou des gencives, les détruisent après une ou deux applications. Les excrétions de mauvaise odeur sont désinfectées par l'application de solutions aqueuses de résorcine à 5 0/0. Les instruments sont désinfectés si on les trempe dans la même solution. J'ai injecté des solutions au dixième dans les fistules provenant d'os nécrosés, et j'ai obtenu d'excellents résultats. Les solutions plus faibles ont été très efficaces comme injections dans les cavités purulentes. Comme désinfectant pour les bouches fétides et les ulcères de la bouche, il est très convenable et le médicament est parfaitement accepté. Avec l'assistance du Dr L. L. Davis, de Chicago, les expériences suivantes ont été faites pour montrer ses effets sur les bactéries. Première expérience : De l'eau stagnante provenant d'un ruisseau a été maintenue à une température de 70° (Fahrenheit) pendant six jours. A une goutte de cette eau placée sous le microscope, on ajoute une goutte de la solution de résorcine. Les bacilles de la goutte d'eau étaient d'abord très vivants, mais en quelques minutes leurs mouvements devin-

rent plus lents, et au bout de huit minutes tout mouvement avait cessé. Une chaleur modérée et une addition d'eau distillée ne purent faire revivre les organismes. L'expérience répétée a donné le même résultat. Deuxième expérience : infusion de peau de banane vieille de cinq jours ; même température ; solution de résorcine. En treize minutes tout mouvement a cessé ; la vie est éteinte ; on ne peut faire revivre les organismes. Troisième expérience : infusion de foin vieille de onze jours ; même température ; solution de résorcine. En six minutes tout mouvement a cessé ; la vie est éteinte ; on ne peut faire revivre les organismes. Les expériences précédentes et celles qui suivirent furent faites sous le microscope avec un grossissement de 360 diamètres. Quatrième expérience : infusion de gazon, de paille, de semences variées, de grains de blé, de morceaux de viandes, mêlés à de la neige, eau stagnante à 65 et 75° (Fahrenheit) vieille de six mois. Phéno-resorcine, dix parties pour cent parties d'eau distilée. Les organismes ont cessé de se mouvoir en trente secondes, sur le bord du verre ; ceux plus près du centre ont perdu tout mouvement en dix minutes ; on ne put les faire revivre. L'expérience répétée a donné le même résultat. Cinquième expérience : même infusion ; solution de phéno-résorcine au trois-centième ; la bacterie linéaire a cessé tout mouvement après une heure dix minutes ; les rotifères après une heure quatorze minutes ; on ne put les faire revivre. L'expérience répétée a donné le même résultat. Sixième expérience : même infusion, un peu d'eugénol, de l'alcool à 95 0[0 ; la vie s'éteint en cinq minutes, on ne peut faire revivre les organismes. L'absence d'odeurs et de propriétés irritantes rendront la résorcine très utile en injection pour les abcès fistuleux. Les solutions aqueuses de résorcine peuvent être employées dans le traitement de l'engorgement de la gorge, qu'il soit catarrhal ou de toute autre nature. Les cristaux peuvent être appliqués sur les plaques syphilitiques de la membrane muqueuse de la gorge, avec la certitude d'obtenir les meilleurs résultats. Comme rince-bouche désinfectant et agréable, on peut prescrire :

Résorcine en cristaux....................	8 grammes.
Thymol en cristaux......................	15 grammes.
Eau de roses..........................	250 grammes.

Les solutions de résorcine dans les huiles d'eugénol d'eucalyptol, de cinnamone et autres, peuvent être faites dans toutes proportions. Le phéno-résorcine, auquel on ajoute dix parties d'eau, étendu sur la surface d'un abcès en formation, empêchera le patient de ressentir trop de douleur quand on appliquera le bistouri ou la lancette. Le phéno-resorcine est plus caustique que la resorcine et il est un meilleur calmant de la douleur que ce dernier. Je n'en ai pas fait un emploi clinique suffisant pour constater plus amplement ses bonnes qualités.

(*Dental Cosmos*)

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

I. Meningo encéphalite d'origine deutaire. — II. Mort à la suite d'une carie dentaire. — III. Dents chez un nouveau-né.

Meningo encéphalite d'origine dentaire (*Suite* (1)).

Autopsie. — Rigidité cadavérique; exophthalmie double très prononcée à gauche. Suintement de pus à travers les lèvres. Pas d'écoulement de matière purulente par le nez; traces de l'incision pratiquée sur la commissure palpébrale externe de l'œil gauche et de la ponction des tissus de l'orbite.

Existence de rares ganglions autour du cou.

Pas de ballonnement du ventre. Cicatrice superficielle du fourreau de la verge, région dorsale. Cicatrice d'une plaie par instrument tranchant sans doute, sur un des membres inférieurs. Le thorax et l'abdomen ne sont pas ouverts.

On pratique une section circulaire de la voûte crânienne pour mettre le cerveau à nu.

La section achevée, on constate une forte injection de méninges avec engorgement des sinus. La dure-mère d'aspect à peu près normal sur la convexité est épaissie à sa base et se trouve décollée dans toute une partie de l'espace compris entre la limite antérieure de la voûte des cavités orbitaires et le diamètre bicondylien du trou occipital.

Latéralement, ce décollement occupe la surface des apophyses clinoïdes antérieures, la partie des grandes ailes du sphénoïde comprise entre les trous, ovale, petit rond, et la selle turcique; enfin le tiers interne du rocher. Sur la ligne médiane, il commence à l'extrémité postérieure de l'apophyse crista-galli avec intégrité de la lame criblée et s'étend sur toute la largeur de la selle turcique, sur les apophyses clinoïdes postérieures et sur toute la largeur de l'apophyse basilaire.

Les méninges enlevées laissent à nu un cerveau très injecté d'un aspect uniformément rose.

La base du crâne examinée avec le plus grand soin est le siège des lésions suivantes :

Sur la ligne médiane, il existe des traces d'ostéite sur la base des apophyses clinoïdes, sur la selle turcique qui offre un magma putrilagineux d'une très faible épaisseur et sur toute l'apophyse basilaire.

Latéralement et en avant, les lames de l'éthmoïde sont intactes; les voûtes orbitaires font une saillie considérable de chaque côté et présentent un certain degré d'amincissement; les apophyses d'Ingrassias sont dépolies, ainsi que les apophyses clinoïdes antérieures. Le nerf optique est boursouflé, épaissi, recouvert d'une substance purulente épaisse qui paraît provenir de la fente sphéno-maxillaire autour de laquelle il en existe un foyer.

En dehors des trous, grand rond, ovale et petit rond, la grande aile du sphénoïde est exempte de toute lésion. Plus en arrière, les trous déchirés antérieurs sont absolument dénudés ainsi que la partie du rocher comprise entre la circonférence postérieure du trou carotidien voisine de la cavité glénoïde et son extrémité interne.

(1) Voir *Odontologie* mars 1885, p. 117.

On constate aussi, en ces points, l'existence d'une matière purulente grise. Celle-ci fait défaut sur le rocher pour apparaître, de nouveau, au niveau du trou déchiré postérieur.

Dans le but de reconnaître la nature du contenu des orbites, on pratique, de chaque côté, sur le frontal, une section triangulaire dont la base s'étend de l'apophyse orbitaire interne à la base nasale et le sommet au trou optique. On met ainsi à nu un tissu d'aspect lardacé, d'un gris sale, recouvert, en dedans, d'une plaque gangréneuse.

Ce tissu qui n'est autre chose que l'atmosphère hypertrophiée du tissu cellulaire qui remplit la cavité, est recouvert de globules de pus qui se continuent sur le nerf optique.

A droite où l'exophthalmie était moins considérable, l'induration et l'hypertrophie de ce tissu sont moins prononcées.

Les lésions ainsi délimitées au cerveau, il s'agissait d'en reconnaître l'origine.

Dans ce but nos recherches se portèrent sur le maxillaire.

Deux incisions, l'une de la commissure labiale dans le sens horizontal, l'autre verticale de la lèvre inférieure jusqu'à la région sus-hyoïdienne mettent à nu la branche horizontale du corps du maxillaire.

Une troisième incision étendue de la partie médiane de la lèvre supérieure et s'étendant jusqu'à l'oreille, en décrivant les courbes des sillons (naso-labial, jugal palpébral) pour venir rejoindre la première incision pratiquée sur la commissure labiale gauche, découvre, en entier, la branche montante du maxillaire inférieure jusqu'au delà de l'articulation. On se trouve ainsi en preuve des lésions suivantes :

Les gencives sont décollées, d'un aspect livide ; les muscles superficiels sont intacts, ceux à insertions osseuses, sont en voie de régression. Les deux tiers supérieurs du maxillaire sont dénudés, couverts de pus, en dehors et en dedans. Les deux premières molaires sont presque détachées ; l'os n'a plus en ces points de périoste ; plus bas, le périoste existe dans toute la portion basilaire à partir du trou mentonnier. L'inflammation s'étant particulièrement portée vers la régiou alvéolaire, elle a successivement envahi la branche montante en disséquant le masseter dont les fibres sont en voie de régression, les insertions du temporal dont les fibres antérieures seules ont été respectées et l'articulation du condyle, en arrière, qui a été absolument détruite.

Il n'existe plus, en effet, ni cartilages articulaires, ni ligaments, ni insertions du ptérygoïdien externe. Tout est détruit. On retrouve, par dissection, les lambeaux purulents des deux ptérygoïdiens jusqu'à leurs insertions sur les ailes des apophyses ptérygoïdes; ce qui permet de constater des lésions osseuses, des traces de périostite suppurée de la fente sphéno-maxillaire en communication avec les lésions de la base du crâne.

Les muscles styliens sont eux-mêmes altérés, ainsi que la cavité glénoïde qui est entièrement à nu, et parsemée de pus qui a pénétré par la scissure de Glaser dans le conduit auditif. Tout le rocher, à partir de ces points, est envahi par l'ostéo-périostite, par le pus que l'on remarque à tous les orifices : trou déchiré antérieur, trou carotidien, fosse de la veine jugulaire, trou déchiré postérieur.

Les muscles dont les insertions se font dans ces diverses régions, les vaisseaux et nerfs qui s'échappent du crâne ou qui y rentrent, sont altérés par le pus verdâtre qui les entoure. Il existe partout une continuité parfaite et vérifiée par tous les assistants entre les lésions intra-crâniennes et les lésions extérieures.

Le doute, à ce sujet, n'existant plus dans aucun esprit, on pratique une nouvelle coupe verticale pour découvrir les sinus frontaux et maxillaires.

Ces derniers seuls présentent des traces d'exsudation inflammatoire. Les lésions du côté gauche étant ainsi analysées, il nous vient à l'idée de savoir s'il y a eu propagation inflammatoire du côté droit du maxillaire, et, dans ce cas, de nous rendre un compte exact du mode de propagation de la phlegmasie périostique et osseuse.

Une dissection fort attentive nous permet alors de saisir l'existence d'une ostéo-périostite à son début de toute la partie alvéolo-dentaire du maxillaire inférieur, jusqu'au niveau des deux tiers inférieurs de la branche montante. Pas la moindre trace d'inflammation plus haut. L'intégrité du tiers supérieur de la branche montante du maxillaire inférieur droit, de l'articulation temporo-maxillaire et des tissus voisins, démontrent que les lésions constatées sur le maxitaire inférieur droit dans les deux tiers inférieurs de sa branche montante et sur toute la longueur de sa branche horizontale, proviennent directement du foyer de carie de la branche horizontale du maxillaire gauche.

Nous pouvons, de la sorte, conclure que toutes les lésions inflammatoires constatées soit dans le crâne, soit sur le maxillaire du côté droit, sont parties d'un foyer unique de carie qui était situé sur la branche horizontale gauche.

Selon toute probabilité, si les accidents de méningo-encéphalite n'avaient pas enlevé notre malade, nous aurions assisté, en peu de temps, au développement étrange d'une inflammation qui, partie de la partie moyenne du maxillaire inférieur gauche (branche horizontale), aurait décrit un cercle complet en se propageant, en partie, à travers les os du crâne, en partie, par le maxillaire droit.

Quoique incomplet dans le cas qui nous concerne, il n'en offre pas moins le plus grand intérêt tant au point de vue de la multiplicité des régions envahies que de la gravité des accidents que nous avons eu à noter.

Cette gravité (fait à signaler) a été subite, spontanée, à une certaine période de la maladie. Elle a été aussi insidieuse et imprévue.

Qui aurait pu soupçonner un semblable drame pathologique, en présence d'une simple lésion osseuse ?

Celle-ci, du reste, ne s'est annoncée qu'avec des symptômes d'une bénignité telle qu'elle n'a pas même inspiré au malade l'idée de se présenter au médecin.

De fait, le malade ne s'est confié aux soins du médecin de son bord que le jour où il n'a pu ouvrir les mâchoires. Envoyé immédiatement à l'hôpital, que constate-t-on ?

Des symptômes inflammatoires généralisés vers le maxillaire, mais pas de poche de pus, pas de foyer.

Cette absence de collection de pus nous paraît digne d'être signalée. Ne prouve-t-elle pas, dans les cas de ce genre, que les pressions alternatives des muscles, la résistance du périoste, le forcent à émigrer plus loin dans les endroits accessibles.

Or dans la mâchoire, en raison des insertions osseuses des muscles ou de certains d'entre eux, le périoste se décolle plus facilement sur le bord alvéolaire que partout ailleurs, d'où la facilité de la migration du pus vers les points que nous avons signalés dans l'observation. Mais ce n'est pas là le seul enseignement qu'elle renferme. Ne nous engage-t-elle point, en effet, à être très attentif à la marche de ces nombreux cas de fluxion dentaire pour lesquels une thérapeutique d'expectation suffit souvent pour en assurer la guérison ?

Dans l'immense majorité des cas cela se passe en effet ainsi. Toutefois il ne serait jamais inutile de se souvenir, dans de semblables circonstances, que le plus petit foyer de carie du maxillaire à son bord alvéolaire peut déterminer des périostites suppurées; qui gagnent par la branche montante du maxillaire, l'articulation temporo-maxillaire, la fente sphéno-maxillaire ; d'où propagation inflammatoire des organes contenus dans a boîte crânienne.

Nous connaissons la conséquence de pareilles lésions ; aussi serait-il indiqué, en prévision de pareils accidents, de pratiquer de larges incisions sur le périoste.

Pour cela faire, il faut que le malade se présente, en outre, en temps opportun ; or ce n'est pas le cas chez les nègres en général, dont la peur pour le bistouri est telle qu'ils ne se rendent à la visite que poussés par les dernières nécessités.

Nous en avons une preuve dans les renseignements qui nous ont été fournis au sujet de notre malade, lequel n'a réclamé les soins du médecin de son bord que lorsque l'alimentation a été entravée par les difficultés qu'il a éprouvées :

1° Dans l'introduction des aliments dans la cavité buccale ;
2° Dans l'acte de la mastication.

En ce moment, le mal était au-dessus des ressources de l'art.

Il n'en eût pas été ainsi dans le début, à cause de la facilité avec laquelle on aurait pu circonscrire, avec le bistouri, la limite de la carie.

(*Arch. de médecine navale*, *octobre* 1884. *P.* 301.

Les observations que nous avons reproduites d'après les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* et les *Archives de Médecine navale* ont dû étonner les lecteurs de l'*Odontologie* La propagation à la face d'inflammations d'origine dentaire est pour eux de constatation fréquente, soit dans la pratique civile, soit à la clinique de l'Ecole Dentaire, soit à l'hôpital: Que de fois ils ont assisté à des complications semblables à celles qu'on observa sur le soldat M... et sur le chauffeur A. Cita : tuméfaction, constriction partielle de la mâchoire inférieure, etc., etc. (1). Et toujours l'inflammation a été jugulée à la suite de l'avulsion de la ou des dents malades.

La disparition de la cause, l'hémorragie post-opératoire, l'écoulement du pus par l'alvéole béante, sont les plus puissants anti-phlogistiques dans ces cas. L'extraction achemine toujour

le malade vers une prochaine guérison, quelqu'aient été l'acuité de l'inflammation et les complications de voisinage qu'elle ait produite. Nous parlons d'individus non diathésiques. M. Poncet a publié le cas d'un homme mort à la suite de carie dentaire ; mais le malade était fatigué, alcoolique et présentait déjà à son entrée à l'hôpital, tous les signes d'un empoisonnement putride.

Pour le soldat M... et pour le chautfeur A. Cita il n'en était pas ainsi, et si les médecins avaient jugé les avulsions opportunes, et qu'elles fussent exécutées heureusement nous avons la conviction que les résultats eussent été autres.

Il serait injuste de les blâmer à cet égard. Pour exécuter avec succès ces opérations relativement difficiles, il faut de l'expérience, de l'habileté pratique, et on ne peut demander aux médecins militaires de pratiquer un art qu'on ne leur a pas enseigné, et cela avec un arsenal chirurgical défectueux et incomplet. Le mal ne réside donc pas dans l'imperfection des individus, mais dans les lacunes de l'organisation du service de santé. Lacunes qu'on peut aisément combler ainsi que nous l'établissons plus haut.

P. D.

MORT A LA SUITE D'UNE CARIE DENTAIRE

M. Poncet (Val-de-Grâce) présente une observation et des préparations microscopiques, relatives à un cas de mort par carie et périostite dentaire.

Le malade, homme de quarante-six ans, fatigué et alcoolique, était entré à l'hôpital dix jours après le début de l'affection. Il portait à l'angle de la mâchoire une fluxion dentaire non fluctuante. et présentait déjà à son entrée tous les signes d'un empoisonnement putride. Le lendemain, il survint aux deux avant-bras un œdème mou, étendu sur toute la face externe, et surmonté à droite de vésicules larges, remplies de sérosité citrine.

Le malade mourut quarante-huit heures après.

L'autopsie démontra la présence de petits abcès lenticulaires sous le maxillaire droit et le long du sternomastoïdien dans la moitié supérieure. L'œdème des avant-bras était sus-aponévrotique, et purulent dans les loges graisseuses cellulaires. La rate était ramollie. Le foie légèrement sclérosé et graisseux. Le cœur contenait de gros caillots dans le ventricule droit.

Rien dans la description des empoisonnements purulents ou putrides, ne se rapporte à ces œdèmes séreux des avant-bras; ce ne sont ni des abcès métastatiques, ni des érysipèles, ni des œdèmes malins, puisqu'il n'existait pas d'induration.

Ces foyers métastatiques œdémateux, contenaient des microbes en quantité; ils étaient absolument constitués par des micrococci.

M. Poncet, dans les caillots du cœur, a retrouvé ces mêmes microbes répandus en véritables colonies.

En somme, ce malade a succombé à l'infection putride microbienne partie d'une carie dentaire. Ces œdèmes, non décrits dans les traités classiques, sont d'un pronostic grave et doivent prendre place à côté des abcès métastatiques de la résorption purulente. Ils sont constitués par des amas de microcoques qui se trouvent à un état plus avancé de développement dans les caillots cardiaques.

(Soc. de Chirurgie. Séance 10 février).

Semaine médicale

DENTS CHEZ UN NOUVEAU NÉ.

Le Dr T. A. O' Callagham, écrit au The Médical Record. de New-York (21 nov.), que Mme H... a donné naissance, au mois de janvier dernier, à son septième enfant, un garçon plein de santé. La douleur éprouvée par la mère en nourrissant lui a suggéré l'idée d'examiner la bouche de son enfant. Alors elle découvrit deux incisives à la mâchoire inférieure. Ces dents sont parfaitement saines et ne diffèrent en rien de celles qui ont apparu depuis, si ce n'est qu'elles sont plus larges.

(*Med. Record et Progrès Médical.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Mode de formation du tartre et des calculs salivaires : considérations sur la production des calculs en général ; présence des microbes ou de leurs germes dans ces concrétions.

M. Galippe. — Il résulte de très nombreuses observations cliniques contrôlées par la thérapeutique préventive et les expériences de laboratoire que j'ai faites, que la précipitation des sels terreux de la salive est le fait des micro-organismes qu'elle contient. Le tartre salivaire est une substance vivante.

Les micro-organismes du tartre salivaire ne sont donc pas accidentellement englobés dans le dépôt qui la constitue, ils ont été les agents de sa formation.

Ces micro-organismes ou les germes qu'ils produisent conservent leur vitalité pendant des mois, pendant une année au moins.

Partant de ces données, je me suis demandé si les calculs salivaires n'avaient pas une origine analogue à celle du tartre.

On sait que la plupart de ces calculs ont pour centre un corps étranger quelconque qui a passé de la bouche dans le conduit de

la glande salivaire. Mais ce n'est pas comme corps étranger qu'il agit, c'est comme parasitifère. Une fois introduit dans le canal, les parasites exercent sur la salive une action analogue à celle qu'ils produisent dans la bouche. De là, constitution d'un calcul, dont la composition varie suivant la glande salivaire qui a fourni la salive.

Or, on trouve toujours des parasites dans les calculs salivaires. Ces parasites sont facilement isolables. Ce sont sans doute les spores de ces parasites qui, conservant très longtemps leur faculté germinative, peuvent après ensemencement reproduire le microbe primitif.

Partant de ces faits acquis, je me suis demandé si cette façon d'envisager la formation des calculs ne jetterait pas un certain jour sur la pathogénie si obscure de la formation des autres concrétions calculeuses dans l'économie. Jusqu'ici on en est réduit à des hypothèses gratuites — sur le mode de formation des calculs — qu'il s'agisse de concrétions biliaires, ou de calculs urinaires.

J'exposerai plus tard ces différentes théories en montrant leurs points faibles.

On sait maintenant qu'un certain nombre de parasites exercent des actions chimiques parfaitement définies ; les uns fixent l'azote, les autres oxydent l'ammoniaque et forment des azotates. Inversement, il en est qui réduisent les azotates et les sulfates et mettent les éléments de ces corps en liberté, etc., etc.

Il est permis d'admettre que les micro-organismes, trouvant dans les variations physiologiques ou pathologiques des liquides de l'organisme des *substrata* de culture propres à leur développement, peuvent s'exercer dans ces liquides des actions chimiques électives, provoquer des dédoublements, ou la précipitation de substances maintenues solubles à l'état normal.

Pour que cette hypothèse fût acceptable, il fallait démontrer la présence de parasites dans les concrétions calculeuses telles que les calculs biliaires.

C'est ce que j'ai fait, il y a des parasites dans les calculs biliaires.

J'ai vérifié également le même fait pour les calculs urinaires (acide urique, urates, phosphates, oxalate de chaux, cystine (cristaux).

(*Soc. Biologie*)

MISCELLANEA

HÉMORRAGIE MORTELLE A LA SUITE D'UNE EXTRACTION

J. T..., 22 ans, fut admis comme malade à St-Georges-Hospital à Londres, pour une synovite au genou droit d'origine traumatique, en octobre 1885. Peu de semaines après, l'amélioration était satisfaisante, quand il fut saisi d odontalgie. Le 28 novembre, le dentiste assistant enleva une dent cariée, en l'absence du dentiste titulaire. C'était la

première molaire inférieure droite; elle fut avulsée sans difficulté. L'hémorragie s'arrêta quelques minutes après l'opération, mais reparut rapidement après, elle était si abondante qu'on jugea nécessaire le tamponnement de l'alvéole.

Le 30, il y avait encore un peu d'écoulement sanguin, le patient était pâle et anémique. La cavité fut tamponnée avec de la cire. Le 1[er] décembre on lui fit prendre une potion à l'ergot de seigle. L'essence de thérébentine et le perchlorure de fer furent appliqués localement, sans que le sang s'arrêtât de couler.

Le 3 décembre, le patient était faible, le perchlorure de fer, les feuilles de matico, le cautère actuel et diverses préparations furent essayés sans résultat. L'eschare gingivale était assez étendue, et le sang coulait librement de l'alvéole. M. Dent, chirurgien de l'hôpital, anesthésia le malade avec l'éther et voulut tamponner l'alvéole béante avec un coin en bois, cela échoua et fit même que la paroi alvéolaire se brisa pendant l'opération. Du perchlorure de fer en cristaux fut alors placé sur une boulette de charpie et recouverte d'un bouchon, un bandage assura la fixité du tout et l'occlusion des mâchoires. L'hémorragie recommença peu après l'application. M. Dent vit le malade le soir et le tampon fut renouvelé, A minuit, le chirurgien résidant éloigna le bouchon et appliqua un pansement à l'essence de térébenthine. Des injections hypodermiques de morphine furent administrées.

Le 4 au matin, on éloigna le tampon et on reboucha la cavité avec de la ouate trempée dans le styptic de Ruspini. Le malade dormit sous l'influence de l'opium. Le pouls était régulier. L'écoulement diminua tout d'abord, pour reparaître aussi violent peu d'heures après. A midi, MM. Howard, Bennet et Dent décidèrent, dans une consultation,qu'on devait faire une tentative suprême.

On anesthésia le malade avec l'éther, M. Dent fit une incision à la lèvre inférieure. L'os mis à nu fut scié afin de découvrir l'artère dentaire inférieure, qu'on tamponna de chaque côté avec de la ouate. La réunion fut assurée avec des épingles.

Le 5. Trois heures après l'opération une hémorragie considérable se produisit par la blessure. Le pansement et les épingles furent enlevés, la blessure exposée à l'air et badigeonné avec le styptic de Ruspini. L'écoulement cessa subitement, et à 10 heures les lèvres de la plaie furent refermées. Le malade avait une figure qu'on aurait cru en cire, il était froid. Pouls 144, respiration haletante. L'hémorragie reapparut et le malade expira.

L'enquête établit ensuite que le père de ce malade, succomba à un épistaxis. Lui-même s'était trouvé deux fois en danger de mort; la première pour un epistaxis, la seconde après une coupure au doigt. On était donc en présence d'un hémophile.

Le traitement qui arrêta l'écoulement sanguin le plus longtemps, fut le styptic de Ruspini. Dans un autre cas à la connaissance de l'auteur de l'observation, cela avait aussi réussi (il s'agissait d'une hémorragie qui dura huit jours, et etait causée par une extraction de racine de molaire inférieure).

L'autopsie ne fut pas faite.

(Dental Record)

MORT A LA SUITE D'ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME

Une dame W... se présenta, le 25 février, chez un dentiste pour se faire extraire une dent, l'opération fut parfaitement exécutée, la malade se réveil a rapidem. nt, mais le jour même elle resta assoupie. Cette malade avait été blessée récemment à la colonne vertébrale, les douleurs odontolgiques continuant, malgré cette première avulsion, elle envoya quatre jours après, chercher médecin et dentiste, pour subir une autre extraction avec l'aide de l'anesthésie, l'opération se fit chez elle.

Confortablement assise sur un fauteuil, la même dose de chloroforme fut administrée, la dent extraite avec le même succès que lors de la première opération. La respiration continua régulière pendant deux minutes environ, et il y eut un suffisant retour de conscience pour que le dentiste put lui offrir un verre d'eau; elle ne put pas le prendre.

Alors, le pouls et la respiration s'arrêtèrent subitement et les remèdes habituels ne purent rétablir leur cours.

Un procès fut intenté au médecin et au dentiste, et comme on le pense bien, ils furent acquittés (*The Journ. of Brith Dental associat.*)

Hygiène professionnelle. — Dans une récente instruction, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a formulé dans les termes ci-après des regles pour combattre l'extension de la tuberculose. Le dentiste peut voir ses instruments, ses mains, ses meubles souillés par les produits de l'expectoration des phtisiques. Il fera donc bien de prendre bonne note des avis suivants:

« L'agent le plus actif de transmission de la tuberculose réside dans les crachats.

» Ceux-ci ne doivent donc être projetés ni sur le sol, ni sur les linges, où ils se transforment en poussières dangereuses.

» En conséquence, il faudra recommander aux malades de cracher dans des vases contenant de la sciure de bois.

» Ces vases seront vidés au moins une fois par jour et lavés à l'eau bouillante.

» Leur contenu sera jeté au feu et brûlé.

» Dans les grandes agglomérations (écoles, ateliers, casernes, hôpitaux), on devra veiller à l'application de ces mesures.

» En cas de location d'une chambre garnie longtemps habitée par un phtisique, et surtout en cas de décès, il sera nécessaire de désinfecter au soufre la chambre et la literie, comme il a été indiqué dans les précédentes instructions.

» Les vêtements des phtisiques ne seront utilisés par d'autres personnes qu'après avoir été lessivés ou passés dans une étuve à vapeur. »

UNE IMPUTATION INFAMANTE

Un curieux procès a été soumis au jury dans la ville de Manchester. Le père d'une patiente poursuivait un dentiste, alléguant qu'il avait attenté à l'honneur de sa fille pendant qu'elle était sous l'influence du protoxyde d'azote. Le dentiste déposa une demande reconventionnelle pour calomnie.

Les débats durèrent près de trois jours. Malgré cela le jury ne put établir sa conviction et les plaignants furent renvoyés des fins de la plainte.

Les calomnies pour imputations de séduction ne sont pas rares en

Angleterre et nous regrettons pour l'honneur professionnel que la preuve n'ait pu être faite, même par des raisons de moralité ou d'immoralité habituelle, l'opinion publique en ces matières est toujours plus sévère pour le calomnié que pour le calomniateur et le préjudice causé au dentiste est en l'espèce considérable; c'est à l'accusateur de faire la preuve, s'il ne peut la fournir, il doit être puni, sa victime vengée et même indemnisée. Il nous semble que cela était dû au dentiste, et que l'acquittement pur et simple n'était pas suffisant.

Le sommeil anesthésique a fait naître plusieurs procès analogues. On aurait pu croire que l'administration du protoxyde d'azote faisait exception.

Si l'on n'avait d'autres raisons de refuser l'anesthésie à une personne du sexe féminin lorsqu'elle n'est pas accompagnée, ce procès suffirait à montrer le danger de semblables opérations.

RETRAITE DE M. O. COLES

M. Oakley Coles, à qui nous devons un excellent livre classique, que le docteur Darin nous a fait connaître (*Manuel de prothèse et mécanique dentaire*), vient de se retirer de la profession, qu'il honora par son caractère et ses travaux. Ses confrères voulurent lui donner un dernier témoignage d'estime, en lui offrant quelques cadeaux; produit d'une souscription faite entre amis : 100 livres (2,500 fr.) avaient été réunies. Cela permit d'acheter des livres, une bibliothèque et un encrier. On les remit à M. Coles, en réunion des souscripteurs dans la demeure de M. Saunders.

Nous notons avec plaisir, d'après les paroles de M. Coles lui-même, que parmi les livres qu'il choisit, nos littérateurs et nos penseurs ont une place et nous sommes heureux de joindre nos félicitations à celle de nos confrères anglais. M. Coles est un peu des nôtres par la place que son livre joue dans l'éducation professionnelle en France.

LA MÉDECINE LEGALE ET L'ART DENTAIRE

Nous avons fait connaître à plusieurs reprises des faits montrant l'importance des dents en médecine légale, par suite de leur résistance aux agents de décomposition des preuves que leur traitement ou leur remplacement établissaient. Un procès retentissant (celui d'Euphrasie Mercier), vient de nous fournir un fait s'ajoutant aux précédents. L'extrait suivant le fera connaître à ceux qui n'ont pas eu connaissance des débats.

M. le Dr Goldenstein, dentiste :

« J'ai retrouvé, dit-il, sur les registres de mon prédécesseur, le doc-
« teur Delestre, le nom de Mlle Ménetret à laquelle il avait donné des
« soins. M le juge d'instruction m'a remis des fragments de dents,
« dont l'une avait été obturée; l'autre était une dent artificielle; or ce
« sont ces deux opérations dont on peut retrouver la trace sur les
« livres de mon prédécesseur. »

LA SOIF DES DISTINCTIONS

La *Gazette de l'Allemagne du Nord* annonce que des poursuites vont être dirigées contre des personnes qui signent avec la qualité de « docteur » et ne possèdent que des diplômes *in absentia*, obtenus en Amérique. A Berlin, il n'y a pas moins de 3,400 de ces docteurs fantaisistes, en médecine, en philosophie ou en droit.

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

DE LA NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU

ET EN PARTICULIER DE SON TRAITEMENT

Par le docteur Peyronnet de Lafonvielle. Th. de Paris.

La thérapeutique de la névralgie est non moins obscure que son étiologie et à défaut d'un traitement radical, on est heureux d'apprendre que la médecine contemporaine est tout au moins arrivée à combattre une affection, qui rendait la vie absolument insupportable aux malheureux qui en étaient affligés.

Relater les tentatives, énumérer les remèdes essayés contre les névralgies et particulièrement contre les diverses formes de la névralgie du trijumeau, serait dépasser le cadre de ce journal ; car agents physiques, chimiques, opérations chirurgicales superficielles ou profondes, ont été tour à tour essayés sans que l'un d'eux eût à son actif des succès suffisamment nombreux et durables, pour que le médecin pût le prescrire, l'imposer avec confiance à son malade.

Nous devons l'emploi du chlorure de methyle dans ces cas à M. Debove, qui ayant eu, en 1884, un succès inespéré dans un cas de sciatique rebelle aux médications précédemment employées, le fit connaître à la Société médicale des hôpitaux. Depuis, le chlorure de methyle a été fréquemment utilisé et toujours avec le même succès. S'il n'amenait pas une guérison de la maladie initiale, il amenait au moins dès la première séance une atténuation notable, sinon complète de la douleur, que les pulvérisations successives faisaient complètement disparaître.

Ses succès dans la névralgie sciatique, le firent essayer dans les autres formes de névrites et il rendit les mêmes services. C'est donc là une conquête importante.

On ne peut croire que le médicament agit par absorption à travers le tissu cutané, ses mérites sont donc dus à la réfrigération interne qu'il produit En ébullition à + 23° il peut par sa vaporisation amener le corps sur lequel il est projeté à une température de — 40°. Cette action thermique énergique explique sa puissance révulsive, et aussi son danger lorsqu'il est manié par des mains

nexpérimentées. Il peut causer non seulement une mortification superficielle, mais encore des sphacèles étendus, profonds, avec des pertes irrémédiables de tissus des complications redoutables. Si cela est vrai pour les pulvérisations sur les parties externes, cela l'est encore plus pour des pulvérisations intra-buccales. M. le professeur Poinsot a fait connaître son emploi comme moyen d'anesthésie locale pour l'avulsion des dents, et l'on comprend que dans ce but, il doit être manié avec les plus grandes précautions, son jet bien localisé et seulement pendant quelques secondes.

Chez les diathésiques, diabétiques, tuberculeux, cancéreux, et chez tous ceux ou la réparation est lente, difficile, son usage doit être absolument proscrit surtout dans la cavité buccale.

M. Abadie qui a été un des premiers à employer le chlorure de methyle dans la névralgie du trijumeau, formule ainsi les règles du mode opératoire.

Le jet sans être ni trop éloigné, ni trop rapproché, sera rapidement et surtout légèrement promené, de manière à ce que la peau blanchisse à peine. Avec ces précautions et un peu d'habitude, on a l'assurance d'épargner au malade les sensations désagréables qui sont la conséquence d'une pulvérisation trop prolongée. Si une première application était insuffisante, il faudrait répéter la pulvérisation tous les jours jusqu'à la guérison Il est des névralgies rebelles qui nécessitent une quinzaine de pulvérisations.

Il est évident que ces moyens énergiques, ne doivent être employés que dans les névralgies essentielles et non dans celles qui sont sous la dépendance d'une altération dentaire. Dans ces derniers cas la disparition de la cause serait impérativement indiquée. C'est à cette dernière qu'il faut s'adresser et non au symptôme, à la complication de l'affection initiale.

Le travail de M de Lafonvielle a le mérite de traiter un sujet nouveau, intéressant. sans être encombré de cette érudition de seconde main qui fait souvent le sujet et la matière des thèses. Né d'une conviction profonde, il la communique à ses lecteurs, et il contribuera à étendre les services thérapeutiques du chlorure de méthylène.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

(Par M. P. Dubois

TRAITEMENT DE L'OSTEO-PERIOSTITE

Quand il y a un faible déchaussement de la dent, employez l'eau de Rabel, dans le but de réveiller l'activité. Si la résorption alvéolaire est assez avancée et s'il y a léger dépôt de tartre, usez d'une solution d'eau régale dans l'eau (1 partie pour 7). Au dernier degré, quand il y a de considérables pertes de bords alvéolaires, avec ou sans dépôts étrangers, usez d'une pâte caustique, en mêlant ensemble : potasse

caustique et acide phénique cristallisé, de manière à obtenir une pâte homogène qui,en refroidissant,sera assez solide pour être brisée en petits fragments, qu'on utilisera selon les cas et placez ces morceaux sur le côté, ou vous désirez former une eschare.

Dans le cas où la mobilité de la ou des dents est entretenue par une cause mécanique, combattez-la et fixez les dents par une ligature.

(ATKINSON) *Cosmos.*

BLANCHIMENT DES DENTS SANS PULPE

Poser la digue, enlever toutes les matières de décomposition, laver avec l'eau oxygénée à plusieurs reprises. Placer du chloride of alumine, au-dedans de la cavité, mouiller avec eau oxygénée et laisser 5 minutes. Enlever le chloride d'alumine avec une solution étendue de biborate de soude, et dessécher entièrement la cavité.

(HARLAN).

A une récente réunion da la Société Médico-chirurgicale de Sheffield, M. Snell exhiba de l'iodoforme mélé à du café afin de dissimuler l'odeur, le résultat est parfait.

Les solutions de cocaïne dans l'eau se laissent rapidement envahir par les moisissures; ainsi altérée la cocaïne peut causer des accidents. On a cherché à assurer la conservation des solutés de cocaïne par diverses additions.

En ajoutant quelques gouttes de chloroforme la solution se conserve quelques jours. L'acide borique une partie, dans solution de cocaïne 35, agit d'une manière plus durable.

Pour les injections hypodermiques la cocaïne doit être spécialement préparée.

Dans cet ordre d'idées nous signalerons une innovation de M. Limousin que nous font connaître *les Archives de Pharmacie.*

Le liquide destiné à une injection hypodermique est enfermé dans une ampoule de verre dont on brise l'extrémité pour aspirer le liquide dans la seringue de Pravaz. Une solution d'ergotine serait restée intacte pendant un an tandis que dans un flacon bouché à l'émeri la moisissure envahit en moins de 5 à 6 jours.

L'eau distillée n'entraverait pas les fermentations, au contraire, l'absence des sels contenus dans l'eau ordinaire prive probablement le liquide d'une action anti-fermentécible.

SUR QUELQUES PANSMENTS ANTISEPTIQUES

Par M. Thomas, pharmacien-major.

M. Thomas a eu occasion d'observer dans les magasins de réserve de nos ambulances de guerre, que les matières à pansement imprégnées d'acide phénique perdaient, après quelques mois, une partie de leurs

propriétés antiseptiques par suite de la volatilité de l'acide phénique. De là l'idée de remplacer ce corps par des antiseptiques plus fixes.

Voici quelques-unes des formules proposees par M. Thomas.

Pansement à l'acide borique. — La gaze écrue, le coton ou l'étoupe sont successivement lavés à l'eau tiède, à l'hyposulfite de soude (solution à 2° 5 Baumé), à l'acide chlorhydrique (solution à 1[20) et à grande eau jusqu'à réaction neutre ou tournesol, puis desséchés à l'étuve et plongés dans le mélange suivant:

Acide borique.....................	100 grammes
Gomme Sénégal lavée et séchée.....	100 —
Glycérine.........................	100 —
Eau distillée q. s. pour obtenir.....	3 litres.

Ces quantités sont nécessaires pour 1 kilogramme de matière à imprégner. On fait sécher sur des claies et l'on procède au cardage s'il y a lieu.

Les produits ainsi obtenus paraissent durs au toucher, mais par le frottement ils reprennent vite de la souplesse et de l'élasticité, grâce à la glycérine qui agit encore, en même temps que la gomme, comme fixatif de l'antiseptique.

Pansement à l'acide salicylique. — Les matières (gaze, coton, étoupe), bien purifiées par des lavages, sont plongées dans la solution suivante:

Acide salicylique...................	50 grammes
Borate de soude.....................	40 —
Gomme lavée et sechée......	100 —
Eau distillée q. s. pour obtenir.....	3 litres.

On dissout le borate à chaud dans 1,500 cent. cubes d'eau distillée, on ajoute l'acide salicylique et on filtre, puis on introduit la glycérine et la gomme préalablement dissoute dans 20 fois son poids d'eau. On complète avec l'eau le volume de 3 litres.

— M. Thomas a employé avec succès les mêmes formules à la conservation des bandes roulées qui entrent pour une si large part dans nos antines de chirurgie.

(*Arch. de méd. et ph. milit. et Av. pharmaceutique*).

Camphre-phénol. — On avait déjà noté ce fait important qu'en mélangeant du camphre ordinaire et de l'acide phénique cristallisé et chauffant, on obtenait un liquide incolore. Ce composé se produit lorsqu'on chauffe l'acide phénique cristallisè jusqu'à ce qu'il soit fondu et qu'on ajoute peu à peu du camphre en quantité égale ; c'est un corps liquide qui reste tel et qui ne doit même pas se solidifier quand on le soumet à l'action réfrigérante d'un mélange de neige et de chlorure de sodium.

— Il est incolore refringent d'une odeur de camphre très marquée et qui masque complètement celle du phénol, sa saveur est douceâtre camphrée, un peu âcre mais ne rappelant en rien celle de l'acide phénique. Il est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, mais insoluble dans l'eau, la glycérine ; il brûle avec une flamme fuligineuse.

— On a employé avec succès ce composé comme anesthésique dans l'odontalgie en introduisant dans la cavité dentaire une boulette de coton qui en est imprégnée.

— Mélangé avec la parafine, la cosmoline, les huiles grasses, il sert à combattre les éruptions d'origine cryptogamique. Il peut aussi servir

de substitutif au phénol en en imprégnant un tissu ; le phénol-camphre est moins irritant, moins caustique que l'acide phénique et n'a pas une odeur désagréable.

(*Thérap. Gazette*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885-86)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MEMOIRES, ARTICLES, PUBLIES EN FRANÇAIS

Prissard. — Stomatite et endocartile infectieuses. (Delahaye et Lecrosnier).

Martin (E.) et *Mayor* (A.). — Sarcome de la parotide, extirpation fistule salivaire. (*Rev. Méd. de la Suisse rom.* Genève, 15 févr.)

Feuiletaud. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche.

Didsbury (Henry). — Altérations professionnelles de la bouche et des dents. In-8°, 133 p. F. Vieweg.

Bedoin. — Nouveau pansement antiseptique. (*Bul'. gén. de Thér.*, 28 février)

Aubry (*G.*). — Contribution à l'étude de la Coca du Pérou et de la Cocaïne (Th. de Nancy).

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Gorgas Dental. — Médecine : A. Manual of Dental Matéria Medica and Therapeutics for Practitioners and Students. (Médecine Dentaire).

Manuel de matière médicale dentaire à usage des praticiens et des étudiants, 2e édition, Blakiston and son Philadelphia.

Gorgas. — A Series of Questions Pertaming to the curriculum of the Dental Student. (Une serie de questions sur l'odontologie).

Boyle and Son Baltimore.

Barrett. — Diseases of the Period of Dentition. (Les maladies de la période de dentition), Indépendant Practitioner.

Clifford. — Crown, Bar and Bridge Work New-Methods of Permanently adjusting artificial teeth without plates (appareils à barre ou à pont). Nouvelle méthode pour ajuster des dents artificielles à demeure fixe et sans plaque. Simpkin Marshall And. Ce, London.

Fisher. Compulsory Attention to the teeth of School Children. (examen des dents des enfants des écoles). Mémoire lu à l'assemblée générale annuelle de la British dental. Association, session de Cambridge.

Miller. — (R. Shalders). Remarks on the Employment of Cucaine

(*Brit. Med. Journ.* Remarques sur l'emploi de la cocaïne (Londres, 6 mars.)

Vallejò Lobon. — Parotiditis afectando la forma epidemica Parotidite affectant la forme épidémique. (*Rev. de Med.* y Cir Pract. Madrid. 7 mars).

(Compte rendu de la 25e session annuelle de l'association dentaire américaine tenue à Minneapolis). S. S. Vhite Philadelphia 1885.

Caulk's. Dental annual Number IV, 1885-1886. *Annuaire dentaire* de Caulk, numéro 4. Caulh, Cauden, Delaware.

Corning (J. Leonard). — Local Anesthesia in General Medicine and Surgery, Anesthesie locale en médecine et chirurgie générales. In-8°, 103 p. New-York.

Maylard (A. Ernest). — Dry Dressings. (*Glasgow Med. Journ.*, mars) — Des pansements secs.

Transactions of the Dental Society of the state of. New-York Seventeenth Annual Meeting 1885. Comptes rendus de la 17e réunion annuelle de la Société des dentistes de l'État de New-York. Rochester N. Y. Post. Express Printing C°.

Transactions of the Iowa State Dental Society. Twenty-third Annual Meeting. (Comptes rendus de la 23e réunion annuelle de la Société des dentistes de l'Etat de Iowa) Des Moines Mills et Ce printers.

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENT.

Brevets délivrés en France.

166,818. — 5 février 1885. — Soumeillant. — Nouveau système d'irrigateur et injecteur.

166,855. — 6 février 1885. — Mermet, à Paris. — Produit industriel nouveau remplaçant le caoutchouc et le gutta-percha.

167,013. — 13 février 1885. — Ramos Garcia, à Paris. — Nouveau produit antiseptique dit : *antiseptique Mosar* et ses diverses applications.

167,139. — 21 février 1885. — Hinfrey et Neveu, à Rouen (Seine-Inférieure). — Perfectionnement d'accumulateur électrique à grenaille de plomb, fiide plomd et de ce métal divisé sous toutes espèces de formes.

167,245. — 24 février 1885. — Bradley, à Paris. — Perfectionnements dans les piles secondaires ou accumulateurs électriques.

167,301. — 26 février 1885. — Bernstein, à Paris. — Perfectionnements dans les piles électriques à gaz.

167,398. — 3 mars 1885. — Colwell et Davis, à Paris. — Moteur au bisulfure de carbone dit : *triple moteur thermique*.

167,472. — 12 mars 1885. — David et Vernet, à Grenoble (Isère). — Moteur rotatif à l'essence minérale, au gaz ou à la vapeur.

Manche à glissière pour instruments de divers genres pour les opérations médicales et chirurgicales.

167,567. — 14 mars 1885. — Rousseaux, à Roubaix. — Nouveau système d'articulateur pour dentistes.

167,606. — 17 mars 1885. — Frebo, à Bordeaux. — Moteur à gaz rotatif,

167,731. — 9 mars 1885. — Société anonyme de distribution de force motrice a domicile, à Paris. — Moteur rotatif à air raréfié.

167,750. — 19 mars 1885. — Ketchum, à Paris. — Perfectionnements dans les moyens employés pour produire la respiration artificielle.

167,982. — 31 mars 1885. — Quintallet et Mahu, à Paris. — Nouveau mode de préparation des matières organiques, dans le but de les rendre aptes à la métallisation pour recevoir l'action galvanique.

167,998. — 31 mars 1885. — Wirth, à Paris. — Nouveau système de tour à l'usage des dentistes.

168,004. — 31 mars 1885. — Dr Arragon, à Paris. — Scie circulaire principalement destinée aux résections et aux amputations dans les opérations chirurgicales.

168,020. — 1er avril 1885. — Brenot, à Lyon (Rhône). — Nouveau système de dossier automatique.

168,450. — 23 avril 1885. — Baboisseau, à Paris. — *Pulvo-Flora*, nouvel inhalateur vaporisateur perfectionné.

168,149. — 8 avril 1885. — Wiet et Velloni, dit *Larochelle*, a Paris. — Appareil galvano-caustique à pile portative.

168,218. — 11 avril 1885. — Mathieu, à Paris. — Système de pince articulée à l'usage de la médecine et de la chirurgie.

168,564. — 28 avril 1885. — Leman, à Paris. — Perfectionnements dans les soupapes pour palais artificiels, pièces dentaires, etc.

169,035. — 19 mai 1885. — Mariaud, à Paris. — Ligateur-pince.

169,135. — 23 mai 1885. — Leplanquais, à Paris. — Système d'appareil abaisse-langue injecteur.

169,203. — 27 mai 1885. — Rotten, à Paris. — Procédé de fabrication d'un produit analogue à la cire, dit : *Ciroide*, au moyen du suint.

169,323. — 3 juin 1885 — Bignon, à Paris. — Nouveau procédé d'extraction de la cocaïne, alcaloïde de la feuille de coca.

169,325. — 3 juin 1885. — Pollak et von Nawrocki, à Paris. — Pile électrique à grande force électro-motrice occupant un espace très restreint et particulièrement applicable à l'éclairage pour lampes portatives ou à suspension.

169,402. — 6 juin 1885. — Société Ernest Recordon et Cie, à Paris. — Moteur magnéto-électrique dit : *moteur électrique Recordon*. pour machines à coudre, à tricoter et la petite industrie.

169,475 — 10 juin 1885. — Siebenmann et Vanoli, à Paris. — Flacon à doser les médicaments.

Pour extrait :

O. Frion

PRINCIPALES MAISONS DE

FOURNITURES POUR DENTISTES

A Paris :

ASH et Fils, rue du Quatre-Septembre, 22.
BERNER (*Dents Wilmington*), 14, rue de l'Echiquier.
BEZY, rue des Petits-Carreaux, 30, entrée rue du Nil, 9.
BILLARD, 4, passage Choiseul.
CHAUVIN (Richard), *Dentifrices*, 20, rue Lamartine.
CONTENAU-GODART, 7, rue du Bouloi.
CORNELSEN, rue Saint-Marc, 16.
DEVILLEMUR, 83, rue des Petits-Champs.
FRIESE, 15 rue Gaillon.
MORIN (Ve), 77, rue Montmartre.
NICOUD, 28, rue Saint-Roch.
SIMON (Victor), 54, rue Lamartine.
WACHONRUE, 69, rue Montmartre.
VALLIN (*Plâtre pour Dentistes*), 49, quai de la Gare.
VIGIER (*Produits pharmaceutiques*), 12, boulevard Bonne-Nouvelle.

A l'Etranger :

The S. S. WHITE Dental Manufacturing C°, Philadelphie.
JUSTI, Philadelphie.
CAULK, Camden.
KŒLLIKER et C°, Zurich (Suisse).

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Levy, imp. breveté, 18, passage des Deux-Sœurs

UNION—PROGRÈS **ASSOCIATION GÉNÉRALE** 1879 — 1886

DES DENTISTES DE FRANCE

Siège social : rue Richer, 23, à Paris

L'ASSOCIATION COMPREND : 1° l'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile); 2° la Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique); 3° le Syndicat professionnel et la Caisse de prévoyance des dentistes; 4° le journal l'*Odontologie* (organe de l'association).

AVIS. — **L'Association générale des Dentistes de France**, issue du groupe de confrères qui, depuis 1879, a pris en main et poursuit avec un succès constant la cause du relèvement moral et scientifique de la profession, est composée de plus de trois cents dentistes.

Les Dentistes, Médecins ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société au *secrétaire général de l'Association*, **rue Richer, 23**

La cotisation est de *vingt francs* par an.

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

E. Lecaudey, président.
Poinsot, vice-président.
Wisner ✠, —
Ronnet, trésorier.
Blocman, conservat. du Musée.

Th David ✠, directeur de l'Ecole.
Ch. Godon, secrétre gén., sous-dir.
G. Viau ✠, secrétre correspondant.
L. Thomas ✠, bibliothécaire.
P. Dubois, sous-bibliothécaire.

MEMBRES DU CONSEIL

A. Aubeau.
Barbe.
Bioux.
R. Chauvin.
A. Dugit.
Gardenat.
Lemerle.
M. Levett.
Legret.
De Lemos.
Lowenthal.
D. Pinard.
Pillette.
Gillard.

MEMBRES HONORAIRES

F. Billard. — **P. Chrétien.** — **Debray.** — **Delsart.** — **Dugit**, père

CORPS ENSEIGNANT

PROFESSEURS :

A. Aubeau, docteur en médecine.
T. David, — —
Decaudin, dr en méd., ex-interne.
G. Deny, — —
Faucher, — —
Gérard ✠, dr ès sciences, prof. agrégé à l'Ecole sup. de pharmacie.
Levett, D. D. S., from New-York.

PROFESSEURS :

Pillette, chirurgien-dentiste.
Poinsot, —
Prengrueber, chirurgien des hôp.
L. Thomas, doctr en médecine.
G. Viau, chir.-dentiste, D. E. P. D.
P. Marie, dr en méd. et ès sciences, pharmacien de 1re cl.

PROF. SUPPL. : **G. Blocman**, chir.-dentiste D. E. D. P., médecin de la Faculté de Paris.
Heide, Lemerle, Ronnet, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

CHEFS DE CLINIQUE

G. Blocman, **L. Bioux**, **R. Chauvin**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

F. Dubois, **Ch. Godon**, **M Lagrange**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

DÉMONSTRATEURS

De Lemos, **Giret**, **W. Ed. Prest**, **Horay**, **Fournier**, **Gillard**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

L. Regnard, **Legret**, **Pigis**, **Prevel**, **Tussaud**, chirurgiens-dentistes D. E. D. P.

CHEF DU LABORATOIRE DE PROTHÈSE, **Poirier**, chirurgien-dent.
suppléant, **Pigis**, D. E. D. P., chirurgien-dentiste.

DÉMONSTRATEURS : MM. **Debray.** — **Gardenat.** — **J. Francis.**
Max. Dugit. — **Lowenthal.**

VOL. 6. Paris, Mai 1886. N° 5

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR MAI 1886

DES CONDITIONS DE L'ANESTHÉSIE

AU PROTOXYDE D'AZOTE AUX ETATS-UNIS

par le Dr HUGENSCHMIDT

La très intéressante communication faite par le Dr Aubeau à la Société d'Odontologie au sujet de l'administration du protoxyde d'azote et de l'absence d'accidents consécutifs dans la grande majorité des cas, est en accord absolu avec les résultats qui ont été obtenus aux Etats-Unis, par les principaux anesthésistes qui ont donné le gaz des milliers de fois, et je crois utile de faire connaître à mes confrères français, quelques renseignements venant à l'appui des dires autorisés du professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

Pour eux, le protoxyde d'azote est loin de présenter les sérieux accidents, qui ont été invoqués dernièrement dans notre pays, contre l'emploi de ce précieux anesthésique, par différentes personnes, basant leur opinion simplement, sur quelques expériences de laboratoire, oubliant les nombreuses expériences, qui ont été faites sur l'homme même.

Je vais essayer de décrire aussi brièvement que possible, la pratique de cette anesthésie, telle, qu'il m'a été permis de l'observer aux Etats-Unis à deux époques différentes, ne donnant nécessairement que l'opinion des maîtres en la spécialité qui sont en ce moment : Le Dr Colton, de New-York, qui, en 1862, a ramené l'attention sur l'anesthésie au protoxyde d'azote, abandonné depuis Horace Wells, le nombre de ses anesthésies jusqu'à ce jour s'élève à 149,000 ; le Dr J. D. Thomas, de Philadelphie, qui a anesthésié 136,000 personnes et enfin le Dr Hasbrouck de New-York dont le nombre dépasse 60,000.

Depuis quelques années, dans les principales villes des Etats-Unis, les chirurgiens-dentistes semblent avoir abandonné la pratique des extractions, lorsque le patient désire l'anesthésie, à certains spécialistes, qui semblables aux autres praticiens ont fait leurs études complètes en dentisterie, mais se sont spécialisés ensuite dans la pratique des extractions.

J'ai eu l'opportunité d'entendre à plusieurs reprises des professeurs de différents collèges, exprimer leur satisfaction de pouvoir placer leurs clients, lorsqu'il y avait nécessité d'extraction sous l'influence du gaz, entre les mains d'opérateurs consciencieux et habiles.

Praticiens qui n'hésitent pas, lorsqu'un patient se présente à eux directement, demandant l'avulsion d'une dent, à refuser de faire cette opération, s'ils jugent que la dent peut être soigné, et recommandent au patient de suivre d'abord un traitement.

Quant à l'habileté, elle ne peut être acquise que par une expérience continue et journellement répétée, vu la variabilité de l'action physiologique de cet anesthésique, si différent avec chaque cas, car l'on peut dire avec certitude, que, si le protoxyde est l'anesthésique offrant le moins de danger, il est, par contre, celui dont le mode opératoire est le plus difficile.

Aux Etats-Unis, les spécialistes n'ont jamais recours à l'examen physique des organes de la cavité thoracique, même dans les cas de maladies de cœurs très avancées, et jusqu'à ce jour aucun des trois praticiens que j'ai cités n'a eu de cas mortel. Ils recommandent cependant d'administrer le gaz avec grandes précautions et en petites quantités, dans les maladies de l'appareil respiratoire ou circulatoire.

Le Dr Thomas, dans les affections pulmonaires, recommande l'apparence générale du patient comme guide plus certain que l'examen spécial de la maladie, et se fonde plutôt sur la force physique du malade, que sur sa capacité pulmonaire. Il recommande aussi d'agir avec prudence dans la maladie de Bright. Le Dr Hasbrouck donne le gaz avec soins, dans les cas d'adhérences pleurales, il a anesthésié des patients ayant eu des hémoptysies plusieurs fois répétées sans aucune suites fâcheuses.

Avant de commencer l'anesthésie, les instruments d'extraction de l'opérateur sont placés l'un à côté de l'autre dans l'ordre de

leur emploi, afin de perdre aussi peu de temps que possible, lorsque le patient est insensible,

Il ne faut pas oublier de recommander le plus grand silence dans les salles d'opération pendant les inhalations, car le moindre bruit attire l'attention du patient, surtout de ne pas parler de la difficulté de l'opération.

Il semble que pendant les quelques secondes qui précèdent l'insensibilité, le malade a le sens de l'ouïe plus accentué et s'aperçoit du moindre mouvement fait autour de lui. Le Dr Hasbrouck recommande à son client de garder la plus grande immobilité pendant les inhalations, ne remuant ni les pieds ni les mains.

Le gaz employé doit être aussi pur que possible, l'ouverture de l'inhalateur (le point d'entrée du gaz) doit être très large, avoir presque le diamètre de la bouche, et lorsque cette partie de l'appareil est placée entre les lèvres du malade, celles ci doivent être serrées par elle-même autour de l'embouchure sans l'intervention de la volonté du patient. Certains opérateurs prétendent qu'une large ouverture diminue de beaucoup le symptôme de la cyanose, le patient n'ayant pas à faire d'efforts d'inspiration et d'expiration, comme il est obligé de le faire avec les appareils dont le diamètre du conduit d'arrivée est restreint. Ne pas permettre l'introduction de l'air pendant les inhalations. Le Dr Colton recommande de tenir la tête du patient bien verticalement pendant les inhalations et ne rejetter la tête en arrière, qu'au moment d'opérer, lorsqu'il a retiré l'appareil.

La durée des inhalations varie avec chaque cas, pour certaines personnes quelques secondes suffisent, pour d'autres plusieurs minutes sont nécessaires ; on arrive à l'insensibilité le plus rapidement en recommandant au patient de faire de fortes inspirations.

Passant aux signes indiquant l'insensibilité, je dois dire qu'ils sont très variables, cependant tous les spécialistes s'accordent à indiquer la respiration stertoreuse, comme début de l'insensibilité, mais on continue les inhalations plus ou moins longtemps après l'apparition de ce symptôme, selon le nombre d'extractions qu'il y a à faire.

Ainsi pour une ou deux dents, deux ou trois inhalations suffiront, mais si l'on désire extraire 15 à 20 dents ou racines, il est nécessaire de continuer les inhalations pendant 15 ou 20 secondes environ : c'est là l'opinion du Dr Colton. Quant au Dr Hasbrouck, il ajoute au symptôme précédent, la dilatation de la pupille. Le Dr Thomas se fonde sur la respiration irrégulière, le ronflement, le stertor et quelquefois à la contraction clonique des muscles de la face.

La respiration stertoreuse se présentant pendant le cours d'une anesthésie par le chloroforme ou l'éther, demande une grande attention, mais pour le protoxyde, il n'est qu'un des symptômes du début de l'insensibilité et de l'opinion, de tous les spécialistes, n'offre aucun danger.

La cyanose qui apparaît pendant les inhalations n'est d'aucune indication, car elle varie avec chaque cas, et ne peut être classée que parmi les signes de progression de l'anesthésie. Aussi aucun des opérateurs ne s'occupe-t-il de cette apparence ; dans beaucoup de cas, il est à noter que la cyanose se présente longtemps avant le début de l'insensibilité.

Le maximum des dents extraites pendant une seule inhalation a été de vingt-sept dents par le Dr Thomas. Le Dr Hasbrouck, de New-York, en ayant enlevé vingt-six. Ces opérateurs comptent toujours extraire de douze à vingt dents ou racines pendant la durée d'une anesthésie.

Je dois mentionner ici les anesthésies prolongées au protoxyde. Le Dr Hasbrouck a administré le gaz dans un grand nombre de cas de chirurgie générale pour des périodes variant de vingt-cinq minutes à une heure un quart, ce dernier cas pour une ovoriatomie à l'hôpital des maladies de femmes de New-York. Les docteurs Colton et Thomas l'administrent aussi pour des périodes prolongées.

L'utilité de ces longues anesthésies par cette méthode n'est indiquée que pour certaines maladies très avancées, lorsqu'il y a contre-indication à l'emploi de l'éther ou du chloroforme.

Quant au danger de mort par le protoxyde, tous les praticiens s'accordent à dire qu'il n'y a pas ou peu de crainte à avoir de ce côté.

Les cas de mort sont peu nombreux, la statistique porte huit à neuf cas mortels, jusqu'à ce jour, et jamais a-t-il été permis d'affirmer que cet agent anesthésique était réellement cause de la terminaison fatale.

Dans certaines affections telles que maladies du cœur, à une période très avancée, le shock nerveux produit par la crainte de l'opération et qui précède l'anesthésie, peut être suffisant pour causer la mort pendant l'insensibilité sans invoquer l'intervention de l'anesthésique, comme cause réelle.

Le Dr Thomas nous disait qu'il avait donné rendez-vous à un patient, pour une après-midi devant faire une extraction par le gaz ; celui-ci ne se présenta pas et mourut la nuit suivante. Certainement, s'il avait donné l'anesthésique, on lui aurait attribué la mort de son client.

Plusieurs fois aussi, on l'avait accusé d'avoir produit ou aggravé certains malaises à la suite d'une opération, jusqu'au moment où l'une des fièvres éruptives faisait son apparition et expliquait les doutes formulés.

On ne pourrait cependant affirmer que cet anesthésique est absolument sans danger, mais l'on peut dire avec certitude qu'il est l'agent offrant le plus de sûreté de tous ceux employés. Comparant sa statistique à celle du chloroforme qui nous donne jusqu'à ce jour un total de six ou sept cents cas de mort, nous n'avons pas à hésiter et nous devons fortement bannir, contrairement à ce que font nombre de nos confrères anglais, l'emploi du chloro-

forme ou de l'éther en chirurgie dentaire, et préférer le protoxyde d'azote administré par un praticien dont la compétence est au-dessus de toute atteinte.

Je ne puis passer sous silence, comme moyen d'insensibilité momentanée, la méthode recommandée par le Dr W. G. A. Bouwill de Philadelphie, et qui consiste à faire respirer le patient aussi rapidement que possible, le nombre des inspirations devant-être plus que quadruplé par minute. La durée possible d'une respiration aussi précipitée ne peut être que d'une minute à une minute et demie l'opération devant être faite aussitôt après, l'opérateur ayant déjà l'instrument en main, lorsqu'il ordonne au patient de s'arrêter.

Cette méthode nous fut démontré par le Dr Bonwill, à l'Université de Pensylvanie, où il opéra sur deux étudiants avec succès, les sujets n'ayant ressenti aucune douleur.

Si ces renseignements, sur la pratique de l'anesthésie au protoxyde d'azote aux Etats-Unis, peuvent être de quelque intérêt pour mes confrères et contribuent à la défense d'un des plus merveilleux agents employés en l'art de guérir, cette communication n'aura pas été sans profit.

Nous sommes heureux que notre travail sur les *conditions d'innocuité de l'anesthésie au protoxyde d'azote*, ait suscité une aussi intéressante communication. Notre confrère expose avec détails la pratique des principaux anesthésistes d'Amérique qu'il a pu suivre de près. Cet exposé montre que les Américains emploient le gaz hilarant sur une large échelle et le manient avec un bonheur bien fait pour leur inspirer confiance dans cet agent anesthésique. Nous ne saurions imiter ni approuver leur audace, et nous nous en tenons aux principes que nous avons établis pour la conduite des inhalations. Mais leur manière de faire prouve d'une façon éclatante, que *l'emploi du protoxyde d'azote n'offre pas des dangers bien redoutables*, et nous remercions très vivement notre distingué confrère de nous avoir fourni des documents confirmatifs de nos conclusions sur la valeur et l'innocuité de l'anesthésie au protoxyde d'azote.

Dr A. A.

INSTRUCTION POUR LA TENUE DES LIVRES D'OBSERVATIONS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

par M. Paul Dubois

Les élèves doivent être convaincus, que la bonne tenue des registres d'observations importe beaucoup à leur instruction et aux progrès futurs de l'art qu'ils sont appelés à exercer.

La notation exacte, détaillée des particularités qui se présentent à leur observation, l'enquête sur les causes directes ou indirectes

des altérations dentaires et buccales, leur permettra d'établir un diagnostic éclairé, leur donnera des habitudes d'esprit qui leur seront de la plus grande utilité lorsqu'ils seront aux prises avec les difficultés de la pratique.

De plus, les faits accumulés dans les registres d'observations de l'établissement, qui en France, reçoit et soigne le plus de malades d'affections du système dentaire, permettra aux travailleurs qui voudront les compulser, des recherches de la plus haute importance pour la science odontologique.

Le Conseil de l'Ecole compte donc sur le bon vouloir des élèves pour tenir les registres de clinique avec toute l'exactitude nécessaire, et consigner tous les détails, particularités, que l'examen buccal ou l'interrogation du malade révèleront.

L'instruction suivante servira de guide pour la rédaction de l'observation et l'interrogation du malade.

1° Pour le régistre relatant les opérations d'urgence.

Les numéros, noms, dates, lieu de naissance, âge, profession, etc., etc., inscrits, on notera le diagnostic (périostite, pulpite, abcès alvéolaire, résorption alvéolaire, etc., et le traitement indiqué et exécuté séance tenante ainsi que les complications opératoires s'il s'en est produit.

On indiquera sommairement l'état de la bouche sur le schéma, en représentant les dents absentes par deux traits obliques se croisant, les racines par une seule ligne oblique, les caries par un trait courbe rappelant la forme extérieure et le siège de la carie, le degré sera indiqué par un petit chiffre placé à l'intérieur de cette courbe.

2° Pour le registre relatant les traitements demandant plusieurs séances, on s'inspirera selon les cas des indications suivantes :

Antécédents généraux. Ils comprennent tous les faits importants du passé nosologique et physiologique du malade, et aussi dans certains cas, ceux de leurs ascendants. L'enquête portera sur toutes les maladies ou affections qui influent ou sont réputées influer, sur l'appareil dentaire ou buccal. Selon les cas, on s'informera s'il y a eu ou s'il existe actuellement, anémie grave, lymphatisme exagéré, adénites, scrofule, rachitisme, syphilis acquise ou héréditaire, goutte, gravelle, rhumatisme, tuberculose avec ou sans manifestations buccales, scorbut, dyspepsie, gastralgie, glycosurie, albuminurie, myélites et surtout ataxie locomotrice, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, paludisme, erysipèle, hémorragies fréquentes, abondantes; grossesses, unique ou répétées, leurs troubles (éclampsie puerpérale ou éclampsie infantile) tumeurs ayant siégé sur d'autres parties que la bouche, leurs récidives, les opérations de chirurgie proprement dites antérieurement subies; s'il y a ménopause et si elle donne lieu à quelque perturbation ; s'il y a intoxication d'origine thérapeutique ou professionnelle. Si l'influence héréditaire est soupçonnée, on s'enquèrera des faits connus concernant les ascendants.

Antécédents locaux. On notera les affections buccales et dentaires subies antérieurement, soit qu'elles se soient montrées seules ou associées à des désordres généraux. On spécifiera la nature et la gravité des gingivites, stomatites, nécroses, tumeurs traumatismes, accidents opératoires, et s'ils ont donné lieu à l'ébranlement des dents; les ulcérations, fistules gingivales ou cutanées, pulpites, périostites simples ou compliquées d'abcès alvéolaires, leurs particularités, la cause de leur disparition ou de leur transformation; et, conséquemment, les traitements subis et leurs résultats, résection de l'émail de la dentine, dévitalisation, extirpation de la pulpe, trépanation de l'alvéole. extractions et les complications qui en ont résulté, ainsi que les éruptions difficiles, les anomalies combattues, etc., etc.

Etat actuel. Tous les détails de l'état de la bouche et des dents au jour de la première visite doivent être consignés : coloration anormale de la gencive, inflammation étendue ou limitée de la muqueuse buccale, en indiquant le siège, la forme — aphteuse, phlegmoneuse, fongueuse, hypertrophique, crémeuse, diphtéritique, — les érosions, ulcérations, nécrose, sphacèle, leur étendue s'il y a : suppuration se faisant jour au collet par suintement, léger ou abondant; par fistule gingivale ou cutanée, rétention du pus dans les parties voisines ou éloignées du point de départ, perforation du sinus maxillaire, œdème, tuméfaction, induration sur un ou plusieurs points. Constriction des mâchoires avec mesure de l'ouverture maxima entre les incisives centrales, adénite parotidienne, sous-maxillaire, névralgie, complications oculaires, cérébrales. Les tumeurs, leur étendue, leur siège avec ou sans pénétration dans les tissus osseux, avec ou sans crépitement, avec ou sans fluctuation, l'ostéo-périostite des maxillaires, les complications de voisinage, reflexes, les désordres généraux consécutifs.

L'acidité, l'alcalinité, la neutralité des salives, parotidienne sous-maxillaire, la présence ou l'absence du tartre, sa quantité, sa couleur, sa dureté; s'il y a décollement superficiel ou profond du bord gingival, résorption des bords alvéolaires, sa profondeur, sa localisation.

Les particularités, désordres, anomalies purement dentaires seront minutieusement notées : coloration générale ou partielle des dents, prédominence de certaines caries — interstitielles, du collet, dents mortes sans caries, — à marche lente ou rapide, les anomalies de forme, de direction, de siège, de nombre, de structure et particulièrement la forme et l'étendue des érosions dentaires, les anomalies des maxillaires, — prognathisme, — l'ébranlement, la déviation des dents; vices d'articulation, abrasion, fentes de l'émail, caries, pulpites, périostites à leurs différents degrés. Le chiffre placé à l'intérieur de la courbe faite sur chaque dent cariée indiquera le degré. Pour les pulpites et les périostites on indiquera leur forme et leur intensité. Pulp., périost. sub. aiguë, aiguë, sur aiguë, chronique. On indiquera l'état des obturations en place, leur durée, le nom de la matière

obturatrice. Les dents absentes seront représentées sur le schema par deux lignes se croisant obliquement, les racines par une seule ligne oblique, les dents artificielles par deux lignes se croisant perpendiculairement, les dents obturées précédemment par un point noir proportionnel à l'étendue de l'obturation.

Dans les cas d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, on recherchera minutieusement, en plus, des antécédents généraux et locaux indiqués ci-dessus, s'il y a perte des cheveux, quelles sont les dents chancelantes, déplacées, à quel point elles le sont, l'étendue, la force de la suppuration, s'il y a décollement gingival, résorption alvéolaire, la sonde glissant avec précaution entre la dent et la gencive montrera leur profondeur; si les caries sont fréquentes ou rares dans la bouche. Si l'ostéo-periostite a déjà causé la mortification de plusieurs dents, ainsi que des fistules gingivales; la présence plus ou moins abondante du tartre, ses points d'élection, sa forme; le début de l'affection d'après les souvenirs du malade, les traitements antérieurs devront de même être mentionnés.

Diagnostic. — Il sera inscrit, tel que l'indiquera le professeur ou le membre du corps enseignant qui le supplée. Si plusieurs affections coexistent sur le même malade elles seront toutes mentionnées.

Traitement. — Les opérations exécutées dans chaque séance seront régulièrement inscrites, avec toutes les particularités de traitement, nom de la matière obturatrice, accidents, complications opératoires, noms et degrés de concentration des médicaments employés, le nombre des séances pour chaque dent, les résultats immédiats ou éloignés, les échecs. Quand il y a essai de procédés ou de traitements nouveaux on relatera les détails des opérations.

Toute opération terminée doit être examinée par un membre du corps enseignant.

CONDITIONS D'INNOCUITÉ DE L'ANESTHÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE PUR

(*Suite*)

Voir *Odontologie*, décembre 1885 et janvier 1886.

Par le docteur A. Aubeau,

Professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

Depuis notre dernière communication à la Société d'odontologie, nous avons continué avec le savant concours de M. F. Vigier, la recherche du sucre dans les urines des patients anesthésiés avec le protoxyde d'azote pur, et dans un mémoire qui résume nos différents articles, nous avons présenté le résultat de nos recherches à la *Société de médecine pratique de Paris* (Séance du 1er avril 1885).

Nos observations s'élèvent à 58.

46 ont trait à des anesthésies simples, 12 à des anesthésies doubles, c'est-à-dire à des cas dans lesquels nous avons administré le gaz au patient, deux fois de suite, sans qu'il quitte le fauteuil d'opération.

10 de ces observations ont déjà été publiées dans l'*Odontologie* (janvier 1886). Dans les 48 autres cas, qu'il s'agisse d'anesthésies simples ou d'anesthésies doubles, *il n'y avait pas trace de sucre dans les urines des malades.*

Nous sommes donc pleinement autorisés à maintenir nos conclusions et affirmer de nouveau que la *méthode des appels* permet d'obtenir de véritables anesthésies, sans le moindre phénomène asphyxique et que, par conséquent, toutes les autres conditions étant remplies du côté de la santé du malade, l'administration du protoxyde d'azote, par cette méthode, est inoffensive.

Nous nous contentons de donner nos observations, les jugeant plus éloquentes dans leur monotonie qu'une longue dissertation.

(A) Observations d'anesthésie simple

Obs. X. — Nous sommes appelé, le 19 janvier 1886, chez M. Poinsot, pour donner le protoxyde d'azote à une jeune fille de quinze ans. Anémie. Pas de contre-indications. Une seule anesthésie à 8 h. du matin. — Extraction de trois dents. Insensibilité complète. Réveil calme. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier :

Acidité franche.
D — 1015.
Albumine — néant.
Sucre — néant.
Urée — 11 gr. 10 centigr.

Obs. XI. — Nous sommes appelé, le 24 janvier 1886, chez M. Hélot. Sœur Saint-J., 48 ans, anémie. Une seule anesthésie à 11 h. du matin. Extraction de 4 dents. Insensibilité complète. Réveil calme. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 4 h. 1/2 après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier :

Réaction..............	Franchement acide.
Couleur...............	Jaune clair.
Odeur.................	Normale.
Sédiment après repos...	Dépôts d'urate de soude.
Densité...............	1027°.
Albumine..............	Néant.
Sucre.................	Néant.
Urée..................	24 gr. 75 centigr.
Examen microscopique.	Urate de soude.

L'examen au saccharimètre montre que l'urine ne dévie pas le plan de polarisation.

Obs. XII. — Nous sommes appelé, le 25 janvier, chez M. Dugit, pour anesthésier au protoxyde d'azote Mme la comtesse de C... Une seule anesthésie à 9 h. du matin. Extraction d'une grosse molaire supérieure. Insensibilité complète. Réveil calme. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier :

Réaction............	Franchement acide.
Odeur...............	Normale.
Couleur.............	Jaune clair.
Aspect..............	Limpide.
Sédiment après repos.	Très légers dépôts d'urate de soude.
Densité.............	1026°.
Albumine............	Néant.
Sucre...............	Néant.
Urée................	17 gr. 60 centigr.
Acide urique........	0 gr. 35 centigr.

Examen microscopique. Rien de particulier. Rien au saccharimètre.

La liqueur de Fehling mélangée directement à l'urine n'est pas décolorée sous l'action de la chaleur. Après le traitement par le sous-acétate de plomb, la liqueur n'est pas influencée.

Obs. XIII. — Mme V..., maîtresse de pension, 36 ans, se présente, le 26 janvier 1886, chez M. Hélot, pour l'extraction d'une canine et d'une première petite molaire inférieures droites.

Anesthésie unique à 10 h. 1/2 du matin. Opération avec succès. Rien d'anormal.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Pas de sucre.* Pas d'albumine.

Obs. XIV. — M. J..., 29 ans, limonadier, se présente, le 26 janvier 1886, chez M. Hélot, pour l'extraction des racines des 4 incisives supérieures. Anesthésie unique à 11 h. 1/4 du matin. Opération avec succès. Rien d'anormal.

Urines émises 4 h. 1/2 après l'anesthésie. — Examen par M. Vigier. Réactifs ordinaires. Saccharimètre. Abondant dépôt de phosphates ammoniaco-magnésiens. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Obs. XV. — 28 janvier. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, par la méthode des appels chez M. Lefèvre, à 5 h. 1/2 du soir. Femme de 26 ans. Extraction de trois dents. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 h. 1/2 après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier.

Couleur, odeur, densité, etc. Rien de particulier. *Ni sucre, ni albumine.*

Les urines ont été examinées au saccharimètre.

Obs. XVI. — 1er février. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, par la méthode des appels chez M. Ronnet. Homme de 42 ans. Souffle anémique à la base du cœur. Extraction de deux grosses molaires. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

L'anesthésie a été pratiquée à 4 1/2 du soir.

Urines émises à 9 1/2 du soir. — Examen par M. Sallefranque: Réactifs classiques. *Ni sucre, ni albumine.*

Urines émises à 1 h. 1/2 du matin. — Rien d'anormal.

Urines émises à 8 h. du matin. — Rien d'anormal.

Urines émises à 5 h. du soir, 24 h. après l'anesthésie. Pas trace de sucre.

Obs. XVII. — 2 février. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, par la méthode des appels, à 10 h. du matin, chez M. le Dr Sicard. M. le capitaine de cavalerie M..., 38 ans. Nervosisme extrême. Extraction de la première grosse molaire inférieure gauche. Insensibilité. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. Ni sucre, ni albumine.

Obs. XVIII. — 4 février, 5 h. du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur; méthode des appels; chez M. Dugit. Femme de 22 ans. Extraction d'une incisive et d'une grosse molaire. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre, ni albumine.*

Obs. XIX. — 5 février, 8 h. du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur; méthode des appels; chez M. le Dr Combe. Jeune fille de 17 ans. Lymphatisme. Nervosisme. Extraction de la première petite molaire inférieure gauche. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 *h.* 1/2 *après l'anesthésie.* — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. Ni sucre, ni albumine. Nous avons dû endormir la même personne quatre jours après, au chloroforme, pour une autre opération. Une nouvelle analyse d'urine donna, de même, des résultats négatifs.

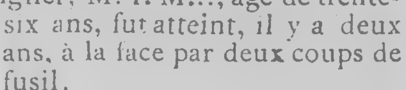
Obs. XX. — 5 février, 10 h. du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur; méthode des appels; chez M. Hélot. Femme de 30 ans. Extraction de racines de grosses molaires. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

PROTHÈSE DE LA BOUCHE

Par M. Delalain, dentiste,

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Perte d'une partie du rebord alvéolaire et des dents de la mâchoire inférieure dans l'étendue comprise entre la canine de droite et la première grosse molaire gauche ; perforation de la voûte palatine.



Dans une partie de chasse au sanglier, M. I. M..., âgé de trente-six ans, fut atteint, il y a deux ans, à la face par deux coups de fusil.

La balle du premier coup pénétra derrière le lobule de l'oreille gauche en fracturant la branche montante du maxillaire supérieur, brisant deux molaires, les incisives médianes ainsi que la canine.

La balle du second coup fut amortie par la forte visière de sa casquette, déplacée par le choc, mais en causant néanmoins des désordres bien plus graves, car elle laboura horizontalement une portion de l'arcade alvéolaire comprise entre la canine de droite et la première grosse molaire gauche, enlevant sur son passage sept dents ainsi que la plus grande portion de la lèvre.

Malgré les soins empressés donnés au blessé, ces deux mutilations ont laissé comme conséquences fâcheuses des altérations fonctionnelles très graves, mais auxquelles la prothèse dentaire a pu heureusement porter remède.

D'abord une perforation transversale de la voûte palatine d'environ un centimètre de diamètre, et presque toujours, comme nous l'avons observé antérieurement dans les cas similaires, une forme ogivale du palais qui aurait pu ultérieurement produire en s'accentuant, sans l'intervention de l'appareil dentaire supérieur un défaut de concordance des dents qui restaient encore à cette mâchoire, avec celles de l'inférieure encore subsistantes.

Ensuite, la presque impossibilité de l'articulation des lettres dentales, puisque les dents antérieures et la lèvre faisaient défaut ; et, comme à tous ces blessés, l'obligation d'une forte projection en arrière de la tête et du tronc, afin d'obtenir l'ingurgitation des liquides, qui sans cela reflueraient par le nez.

Pour réparer, par les secours de l'art du dentiste, ces mutilations si complexes deux indications s'imposaient :

1° *Faire rétablir par succion la salive ;*

2° *Obturer l'ouverture palatine afin d'obtenir la deglutition liquide s'échappant par le nez.*

Pour arriver à ce dernier résultat, nous avons appliqué un obturateur ordinaire construit en platine, quatre dents postiches placées entre les survivantes indemnes sont soudées sur le prolongement concave métallique adhésif au palais, dont il couvre la perforation.

Cet obturateur à système mixte se maintient en place tant par l'adhésion de la plaque estampée, que par un anneau d'or contournant la première petite molaire de droite, et une latéralité métallique qui pénètre entre les deux molaires gauches.

Comme on peut s'en rendre compte (fig. 2), cet appareil dentaire supérieur est sans complications, très facile à placer de sorte qu'il ne fatigue en rien les parties de la bouche avec lesquelles il se trouve en contact.

Comment sommes-nous parvenu à supprimer l'écoulement salivaire qui, se répandant au dehors sur les parties molles du menton, s'opposait à la cicatrisation définitive ?

Les désordres survenus à la suite du coup porté par la seconde balle enlevèrent une portion du rebord alvéolaire, ainsi que la presque totalité de la lèvre inférieure, dont une partie cependant par suite de l'irrégularité d'une bride cicatricielle très épaisse accolée au restant de la lèvre, servait en quelque sorte de gouttière à la salive, qui occasionnait sur la région mentonnière des ulcérations consécutives aux frottements de son mouchoir porté en bandeau.

Cette bride fut donc détachée sur une hauteur d'environ un centimètre et demi, de façon à établir la base d'un nouveau sillon labio-gingival devant recevoir entre les parties sectionnées le prolongement de l'appareil (n° 1) qui va s'y implanter de façon à s'opposer à un nouvel accolement pouvant, ultérieurement empêcher l'ajustement buccal de la pièce dentaire n° 2, qui, quoique moins compliquée dans ses dispositions prothétiques, a une analogie avec un autre appareil de pansement dont nous publiâmes dans la *Gazette des hôpitaux*, n°s 137 et 138 (1874) l'observation se rapportant à une ablation presque complète du maxillaire inférieur.

Cet appareil provisoire (fig. 1) fut gardé par le blessé avec beaucoup de persévérance pendant trois mois et demi, et nous devons ajouter, pour servir de complément à cette opération de mécanique chirurgicale, que chaque semaine nous enlevions l'appareil, fixé très solidement par des ligatures latérales, car par suite du travail de cicatrisation, nous devions apporter dans sa forme des modifications devenues indispensables, afin d'obtenir une disposition buccale exempte, autant que possible de tout

retrait gingival (il ne dépasse pas 4 millimètres sur 15 sectionnés)



Appareil dentaire provisoire muni d'un suçoir salivaire avec tube recevant l'extrémité de la seringue servant aux injections des parties sectionnées dont il empêche un nouvel accolement après cicatrisation.

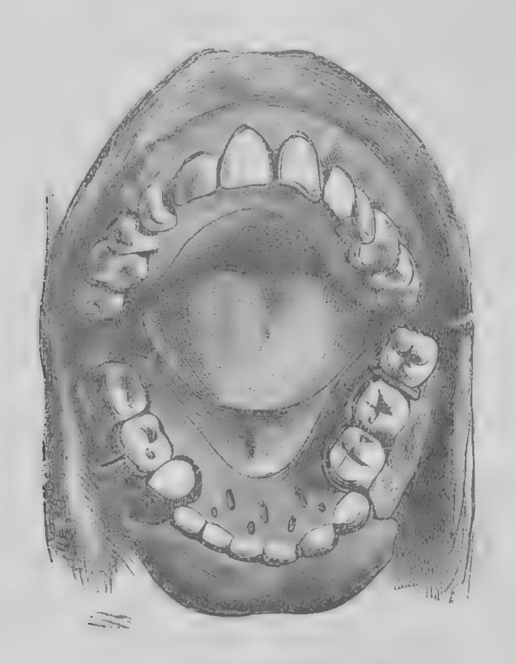
ultérieur servant d'assise au prolongement du nouveau dentier (fig. 2), ramenant au parallélisme la portion manquante des dents enlevées par le second projectile, et à laquelle il était appelé à se substituer pour concorder, dans ses rapports dentaires, très exactement, avec la couronne des dents postiches et naturelles du maxillaire supportant l'obturateur dont plus haut nous avons déjà parlé.

Comme conditions de la réussite d'un dentier spécial facilitant la trituration alimentaire, une base fixe ainsi que des soutiens latéraux étaient nécessaires.

Dans cette circonstance, nous les avons heureusement trouvés sur une étendue de 32 millimètres de la face anterieure de la gencive plateau solide et suffisant pour soutenir notre système prothétique, très léger, et qui d'ailleurs n'irrite pas les parties sur lesquelles il prend ses points d'appui, à droite et à gauche, près des molaires.

On peut s'en rendre compte par la figure n° 2 : ce sont sept dents postiches, munies chacune de deux crampons en platine

introduits sur une base de caoutchouc vulcanisé ultérieurement, formant un dentier très peu épais et dont les ailes métalliques contournent à droite et à gauche la mâchoire inférieure, postérieurement aux molaires naturelles. Un prolongement qui pénètre entre les deux dernières grosses dents de gauche impose une immobilité relative, que l'adhérence exacte du dentier sur les parties complète.



I. — Obturateur supérieur. — II. Dentier avec lèvre postiche inférieure ; le rapprochement des deux branches de la mâchoire, réunies par un cal solide, n'a permis que la pose de six dents au lieu de huit.

La langue, qui jouit de la liberté entière de ses mouvements, s'empare de la salive qui pourrait encore s'écouler au dehors, au moyen de sept tubes capillaires en or placés en suspension non loin des glandes sublinguales.

Quant au rebord labial inférieur, dont les lambeaux, en sa cicatrisant sur le contour de l'appareil n° 1, ont pris en partie il forme du menton restauré, nous y avons ajouté, dans la portion médiane antérieure, une fausse lèvre en caoutchouc vulcanisé que par sa couleur rosée, se raccorde avec celle de la supérieure, et, dont les commissures évidées et ajustées latéralement aux lambeaux de la région mentonnière, les soutiennent de façon à s'y équilibrer parfaitement.

Ces appareils, complément indispensable de l'opération chirurgicale (fig. 1), non seulement remplissent le but pour lequel ils ont été fabriqués, mais servent encore à faciliter le travail de la mastication des aliments fig. 2), ainsi que l'émission de la voix et de la parole, cette dernière, inintelligible sans eux.



Restauration.

Ce qui contribue à relever le moral du blessé, en lui redonnant cette confiance en lui qu'il avait perdue, nous a-t-il dit, et qu'il a retrouvée pour se présenter dans le monde.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 23 mars 1886

Présidence de M. Poinsot

I. *Présentation d'une pompe à salive.*
II. *Présentation d'un maxillaire inférieur.*
III. *Présentation d'anomalies.*
IV. *La colchicine en thérapeutique dentaire. Discussion.*
V. *Présentation d'amifications. Discussion sur la méthode Herost.*

La séance est ouverte à neuf heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu par M. Legret et adopté.

M. Dubois présente une pompe à salive (cette communication sera publiée le mois prochain).

M. Godon. — Je constate les avantages de l'appareil de M. Dubois sur ceux que nous ont présentés MM. Ronnet, Michaëls, Podolsky, puisqu'il agit automatiquement; ce dernier cependant, avait exécuté une pompe très simple, très pratique et peu coûteuse, il avait notamment supprimé le récipient. Mais, à mon avis, l'usage de la pompe à salive doit être délaissé à cause de la répulsion très naturelle qu'elle cause au patient, qui la voit employer avec un certain dégoût.

Les canules surtout, qui servent à tout le monde et qui ne peuvent que difficilement se nettoyer, légitiment cette répugnance. A la suite d'un entretien sur ce sujet avec M. Chauvin, nous avions songé à employer les canules en verre, nous pensions que si le prix en était peu élevé, on pourrait la remplacer pour

chaque patient. M. Chauvin s'adresse à une fabrique spéciale qui promettait de les donner à 0.30 centimes environ.

J'ajouterai que j'ai presque renoncé à employer la pompe à salive excepté dans des cas exceptionnels.

M. Dubois. — Je n'ignore pas que les appareils de MM. Ronnet, Trallero et Podolsky étaient d'une très grande simplicité et d'un prix peu élevé, mais le fonctionnement de tous ces appareils exigeaient l'intervention du malade, ce qui doit être évité autant que possible.

J'ajouterai que la canule de caoutchouc vulcanisée n'est pas indispensable à mon appareil, que la canule de verre peut y être appliquée facilement, qu'en supposant que le prix de revient ne soit pas un obstacle elle peut être changée aussi souvent qu'on le désire et avec une extrême facilité.

M. Horay. — Je ferais remarquer que pour remplacer la pompe à salive on peut se servir avec avantage d'un sac en caoutchouc se plaçant sous le menton, muni d'un tube de déversement.

M. Legret. — Je me suis servi du sac dont parle M. Horay et j'en ai été très satisfait.

M. Poinsot. — Je propose que la discussion sur l'utilité et l'application de la pompe à salive soit remise à une séance ultérieure, afin de permettre à nos confrères de faire encore quelques expériences.

II. PRÉSENTATION D'UN MAXILLAIRE

M. Levett. — Je présente, au nom de M. Kuhn, un maxillaire inférieur humain ; cette pièce est très curieuse à cause de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse gauche qui est restée incluse dans l'épaisseur de l'os et est placée dans une direction horizontale.

III. PRÉSENTATION D'ANOMALIES

M. Legret. — J'ai recueilli plusieurs anomalies de forme, intéressant des dents temporaires et des dents permanentes que je viens vous présenter.

Parmi les dents temporaires, je vous montrerai d'abord un groupe de huit incisives soudées deux par deux, puis deux secondes molaires supérieures ayant chacune quatre racines.

Parmi les dents permanentes, je vous présente deux petites molaires supérieures ayant chacune trois racines bien distinctes.

M. Poinsot. — Je remets au musée de l'école une pièce représentant une anomalie dentaire très intéressante ; la seconde molaire supérieure et la dent de sagesse du côté droit sont intimement soudées au niveau du ciment hypertrophié.

Cette pièce, remise par l'intermédiaire de M. Pigis, a été recueillie par M. Roty d'Arras dans la bouche d'un homme de soixante ans, le sujet est rhumatisant.

IV. La colchicine en thérapeutique dentaire. Discussion

M. Poinsot. — J'ai l'avantage d'appeler votre attention sur un produit extrêmement dangereux, mais qui, employé dans certaines conditions, est appelé à nous rendre de signalés services; je veux parler de la colchicine.

Cet alcaloïde jouit de la propriété de neutraliser la décomposition des tissus morts.

J'ai cru devoir vous en recommander l'emploi dans les conditions suivantes en dissolution : 50 centigrammes dans 20 grammes d'alcool absolu, la colchicine est portée dans les canaux des racines des dents un peu avant leur obturation; l'alcool est ensuite évaporé par l'air chaud et le produit conservateur tapisse par une couche imperceptible les parois des dents.

Par ce moyen, les fibrilles dentinaires, ainsi que toute autre partie organique, se trouvent à l'abri de la décomposition; employé concurremment avec les caustiques escharotiques, on est assuré de constater le durcissement des tissus cautérisés, ce qui est inappréciable pour l'extraction des pulpes avec leurs filets nerveux.

M. Dubois. — La valeur d'un antiseptique peut se mesurer en thérapeutique dentaire à ses succès dans le traitement de la carie du quatrième degré et M. Poinsot n'a fait mention que des applications qu'il en a faites dans la carie du troisième après l'extirpation de la pulpe, quand le canal est assaini, c'est-à-dire dans des cas où la septicémie n'est guère à craindre, dans des cas où le traitement rationnel ne cause que peu d'accidents, et je ne vois pas bien pourquoi employer un médicament aussi violent lorsque ce n'est pas commandé par l'état habituel de l'organe à soigner.

M. Meng. — Je crois qu'il est bon de rappeler ici qu'on emploie beaucoup depuis quelque temps l'air surchauffé dans le traitement du quatrième degré, dans le but de détruire tous les micro-organismes; à mon avis, c'est encore le meilleur antiseptique.

M. Chauvin. — Je suis convaincu, en effet, que dans un quatrième degré, quand nous employons en même temps l'air chaud et un antiseptique quel qu'il soit, c'est à celui-ci qu'il faut attribuer la destruction des micro-organismes, tandis que le rôle de l'antiseptique est de maintenir l'état obtenu par l'air surchauffé.

M. Godon. — Je suis également convaincu des avantages que donne l'emploi de l'air chaud pour le traitement des caries du quatrième degré. Je crois même que le feu, mieux encore que l'air chaud, et que les meilleurs antiseptiques, peut être employé avec succès pour arrêter le développement de la carie. Je citerai comme exemple les excellents résultats qu'obtenaient les anciens dentistes en employant le cautère rougi.

J'ai dans ma clientèle un patient âgé de plus de soixante ans et qui a eu les dents soignées par les premiers dentistes de Paris et des Etats-Unis.

Il a, notamment, des aurifications à l'or adhésif faites à Philadelphie, par M. Du Bouchet père, si je ne me trompe, et dont

l'une, paraît-il, date de quarante ans. Ce patient me faisait remarquer ses grandes incisives qui, à l'époque où il était encore au collège, ont été largement séparées à la lime par un bon dentiste de Paris et cautérisées ensuite au fer rouge et qui ne se sont jamais altérées depuis. On voit parfaitement l'entaille faite par la lime, et la trace brune laissée par le cautère.

Les petites incisives ont été également limées par un autre dentiste qui n'a pas eu la précaution de les cautériser. Aussi, elles se sont cariées, et il n'en reste plus que les racines.

Le patient attribuait avec raison, selon moi, la conservation de ses grandes incisives à leur cautérisation au fer rouge.

J'ai vu depuis plusieurs exemples de ce fait.

Du reste, il est admis que le feu est le meilleur destructeur de tout germe et de tout ferment.

Je suis tellement persuadé de cela, que j'ai tenté plusieurs fois d'obtenir des cautères électriques pouvant pénétrer dans les canaux dans les cas de caries du quatrième degré et assurer par la destruction complète de tout germe une antiseptie plus complète des canaux avant leur obturation.

J'ai parlé, il y a bientôt un an, de ce desideratum à M. Chaudron qui s'en occupe.

Il y a quelques petites difficultés à vaincre pour la fabrication de ces cautères, mais je crois qu'elles ne sont pas insurmontables et j'espère d'ici peu être en mesure de vous en présenter.

M. Dubois. — Je préfère l'emploi du cautère à l'emploi de l'air chaud. Depuis quelques mois je me sers du premier avec avantage et surtout après la préparation des racines pour la pose des dents à pivot. Quel est celui de nous qui n'a eu des périostites aiguës après la préparation des racines devant recevoir des pivots, depuis que je porte une sonde rougie à blanc dans les canaux avant de sceller mon tube je n'ai plus d'accidents. Il est très probable que cela est dû à l'action antiseptique du cautère. Si le rôle des micro-organismes est contestable dans les dents affectées de caries non perforantes, il ne l'est pas pour les caries compliquées. On ne leur trouvera pas un ennemi plus puissant que le fer rouge; sur des parties molles il peut dépasser le but, il crée des eschares et cause parfois des accidents lors de leur chute, son emploi est plus critiquable, mais sur la dentine dévitalisée il n'est que favorable.

L'air chaud agit de même mais avec moins de précision, porté par la canule d'une seringue, il est douloureux; le cautère l'est beaucoup moins. Je pense comme M. Godon, que la modification qu'il imprime aux tissus dentaires est bienfaisante, son action est puissante, immédiate et donnant lieu à des modifications connues. Pour toutes ces raisons je le crois supérieur à beaucoup de caustiques chimiques qui après tout, ne sont que ses succédanés.

M. Heidé. Présente des dents aurifiées par la méthode Herbot. (Voir Odontologie avril 1886, p. 154).

M. Gillard. — Messieurs, au risque de paraître apporter dans la question le souci d'intérêts personnels, je dois vous dire que

je suis loin de partager l'enthousiasme que l'on semble devoir faire naître sur la méthode de Herbst. Mise en œuvre même par des mains aussi habiles que celles de notre professeur M. Heidé, elle ne donne pas les brillants résultats annoncés.

Dans tous les cas qu'il m'a été donné de voir, j'ai toujours, et quelques-uns d'entre vous l'ont comme moi, constaté après le polissage, la présence de petits points ternes où la rugine pénétrait librement ; indice certain d'une condensation incomplète.

Mon opinion n'est pas basée seulement sur quelques observations et quelques confidences personnelles, le raisonnement aussi la confirme. En effet, et sur ce point tous, auteurs, professeurs, praticiens, américains, français, anglais, allemands, tous, dis-je, sont d'accord quand il s'agit d'or adhésif, pour obtenir une condensation aussi parfaite que possible, il faut procéder par petites fractions. Si l'on emploie d'un coup une masse assez forte, la surface seule est condensée. Or, dans la méthode de Herbst, et c'est là une condition « *sine qua non* » de réussite, il faut commencer par un fort paquet d'or dont la profondeur fatalement reste poreuse.

Dans cette méthode, dite rotative, il semble que les fameux fouloirs rotatifs se montant sur le tour doivent être les principaux instruments. Ils n'occupent au contraire qu'un rang secondaire, plus des trois quarts de la condensation se font à la main. Par contre, les accessoires jouent le plus grand rôle, la préparation de la cavité, les matrices constituent à elles seules presque toute la méthode. Aux vieilles matrices uniformes, difficiles à poser et à maintenir en place, on a substitué des matrices ingénieusement variées, flexibles, annulaires, ou montées sur de la gomme laque et dont l'emploi simplifie singulièrement l'opération.

En deux mots, à mes yeux, dans la méthode de Herbst, le mode de condensation est absolument défectueux, très avantageux, au contraire, sont le mode de préparation des cavités et des matrices.

M. *Heidé* — J'ai soumis à la séance de la Société, en janvier dernier, une patiente à qui il avait été faite plusieurs reconstitue tions à l'or adhésif par la méthode rotative. De l'aveu de tous les membres qui les ont examinées, elles étaient irréprochables ; cela répond aux critiques de M. Gillard. Je comprends qu'on fasse des réserves pour l'avenir, mais rien ne fait croire actuellement à leurs défectuosités. Et à cet égard, je crois qu'on ne devrait pas s'appuyer sur les premiers essais, mais sur ceux qui ont été exécutés depuis.

Les gros cylindres mis au début n'empêchent pas la condensation, l'usage de l'explorateur y pourvoit en permettant de rechercher les parties imparfaitement condensées, pour les combler ensuite.

On met des plus petits morceaux en foulant au maillet, cela est vrai, mais ça tient à la tendance que l'or ainsi foulé a à balloter ; l'épaisseur d'un gros cylindre tassé n'est guère plus forte que celle

d'un ruban et si son emploi est possible avec la méthode rotative, c'est parce que le brunissoir ne fait pas soulever l'or comme le maillet automatique. Oui l'or condensé à la main et avec le brunissoir, n'est pas aussi dur que celui foulé au maillet, mais dans les obturations, la solidité ne réside pas tout entière dans la dureté de la matière obturatrice, mais aussi, dans son homogénéité, son adaption aux parois ; la gutta-percha, par exemple, n'est pas très dure, malgré cela, elle est une matière obturatrice excellente et souvent supérieure à l'amalgame qui pourtant ne manque pas de dureté.

L'avantage de l'emploi des brunissoirs pour l'aurification est dans le moulage des parois qu'ils assurent. Les spécimens qu'à bien voulu m'envoyer M. Herbst et que je vous ai soumis, démontrent préremptoirement cette qualité primordiale.

Je crois que M. Gillard fait erreur, quand il dit que la méthode Herbst est actuellement délaissée ; je vois au contraire dans les journaux étrangers quelle importance elle prend dans les préoccupations de la profession.

Quand même le résultat définitif ne serait pas à la hauteur des espérances des partisans de la méthode Herbst, il est bon qu'elle soit enseignée dans notre École ainsi que tous les progrès qui verront successivement le jour, et je m'étonne que M. Gillard ne voit pas l'avantage qui résultera de cette épreuve.

M. Viau. — Les dents envoyées par M. Herbst prouvent les qualités de la méthode rotative pour adapter l'or aux murs des cavités.

M. Poinsot. — Je me rangerai à l'avis du Dr Bogue qui, a une question sur la valeur de la méthode de Herbst, répondit qu'il la pratiquait depuis longtemps déjà et qu'il lui était impossible d'avoir une opinion tout à fait exacte sur la valeur de l'opération, mais qu'il ne voulait pas encore l'abandonner.

Je crois donc que l'École ne s'engage pas dans une mauvaise voie, et qu'au contraire elle doit étudier très sérieusement la valeur de la méthode.

M. Dubois. — En dehors des progrès accessoires auxquels M. Herbst a attaché son nom, il y a dans la méthode rotative un perfectionnement évident. Pour le commencement de l'aurification : l'adhérence aux parois des premiers cylindres est parfaitement obtenue. Que ces cylindres ne soient pas complètement condensés, cela est possible, mais ils moulent mieux le fond de la cavité que l'or adhésif c'est une qualité indéniable. Les empreintes que M. Heidé nous a présentées semblent décisives à cet égard. Il se pourrait que la méthode Herbst ne s'imposa pas tout entière et qu'on ne fît pas avec les instruments montés sur le tour la condensation pendant toute la durée de l'aurification, mais seulement dans la première partie, pour terminer ensuite avec l'or adhésif. On aurait ainsi l'adhérence aux parois et la solidité de la surface. J'ai pratiqué plusieurs fois ce système mixte avec avantage. L'avenir nous dira ses mérites.

La séance est levée à 10 h. 1/2. L. Rioux.

DÉPARTEMENTS	Classe 1865			Classe 1866			Classe 1867			Classe 1868			Classe 1871			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Ain	1,745	3	»	1,916	15	1	1,844	9	»	1,826	11	»	3,257	1	»	10,588	18	1
Aisne	2,513	13	2	2,383	35	1	2,418	24	4	2,497	39	2	4,463	29	2	14,274	160	11
Allier	2,044	16	»	2,081	2	2	1,868	1	2	1,795	2	1	3,690	1	1	11,478	22	6
Alpes (Basses-)	768	13	»	846	17	4	851	9	»	893	10	»	1,213	2	»	4,571	51	4
Alpes (Hautes-)	789	3	1	894	3	1	706	3	»	847	1	3	1,138	1	»	4,374	15	5
Alpes-Maritimes	946	15	2	954	16	1	969	16	2	978	31	1	1,635	9	»	5,452	88	6
Ardèche	2,258	1	2	2,335	4	»	2,225	1	2	2,001	3	4	3,710	»	»	12,529	9	8
Ardennes	2,296	100	1	1,965	74	2	1,993	55	1	1,958	49	1	2,568	68	»	10,699	343	5
Ariège	1,612	15	1	1,388	3	3	1,441	12	1	1,329	1	4	2,349	3	2	8,059	33	11
Aube	1,152	5	2	1,105	2	2	1,045	9	1	1,257	10	2	2,028	5	2	6,487	31	9
Aude	1,561	9	1	1,501	2	2	1,206	2	1	1,172	3	1	2,397	»	»	7,737	16	5
Aveyron	2,366	4	2	2,447	»	3	2,369	1	»	2,683	1	1	3,729	17	10	13,596	23	16
Bouches-du-Rhône	2,587	48	8	2,366	12	3	2,441	12	7	2,578	18	»	4,113	3	4	14,055	123	22
Calvados	2,406	34	»	2,214	37	»	2,097	49	2	2,243	35	»	3,435	18	2	12,395	173	4
Cantal	1,545	4	2	1,273	3	»	1,260	»	1	1,289	1	»	2,221	2	»	7,588	7	3
Charente	1,797	35	»	2,026	22	»	1,834	17	»	1,915	24	1	3,243	5	»	10,835	103	1
Charente-Inférieure	1,905	26	»	2,998	27	»	1,859	6	»	1,759	15	»	3,807	7	»	11,328	81	»
Cher	1,997	1	9	2,259	»	10	1,872	2	20	1,996	»	49	3,536	»	1	11,660	3	59
Corrèze	2,146	8	»	2,047	7	1	1,917	2	1	2,133	11	1	3,110	5	1	11,323	34	4
Corse	1,391	11	»	1,522	5	»	1,489	3	»	1,393	4	»	2,376	2	11	8,471	25	11
Côte-d'Or	1,909	37	»	2,038	21	»	1,760	12	1	1,655	25	»	3,201	7	1	10,563	102	2
Côtes-du-Nord	3,401	5	2	3,554	6	»	3,272	6	»	3,401	»	»	6,031	6	»	19,659	23	2
Creuse	1,659	10	6	1,518	4	1	1,805	21	4	1,575	»	2	2,508	»	»	9,065	36	13
Dordogne	3,175	15	1	2,678	7	»	2,654	24	3	3,018	27	»	4,564	6	»	16,119	79	4
Doubs	1,530	10	»	1,491	38	»	1,563	33	2	1,540	9	»	2,863	13	»	8,992	103	2
Drôme	1,833	13	»	1,816	9	»	1,565	2	2	1,946	10	»	2,784	1	1	9,944	35	3
Eure	1,938	202	»	2,083	244	1	1,910	177	»	2,194	231	2	2,739	176	»	10,864	1,030	3
Eure-et-Loir	1,297	9	»	1,407	17	»	1,176	16	»	1,362	8	»	2,341	10	»	7,583	60	»
Finistère	4,155	4	1	3,627	4	2	3,272	6	1	3,660	6	2	6,162	»	6	20,876	20	12
Gard	2,602	29	»	2,308	1	11	2,312	3	9	2,161	6	»	3,479	»	1	12,892	39	21
Garonne (Haute-)	2,254	16	2	2,184	13	»	2,075	9	»	2,201	15	1	3,983	10	1	12,724	63	4
Gers	1,666	17	1	1,484	9	»	1,429	13	1	1,233	2	»	2,401	1	»	8,231	42	2
Gironde	3,307	175	2	3,368	117	2	3,493	176	2	3,044	91	1	5,827	14	»	19,040	573	7
Hérault	2,058	7	1	1,939	4	1	1,913	3	2	1,824	2	»	3,158	4	»	10,883	22	4
Ille-et-Vilaine	3,393	6	1	3,742	3	2	3,177	1	4	3,092	2	2	5,418	6	1	18,822	15	10
Indre	1,749	15	»	1,642	23	2	1,376	6	»	1,409	6	»	2,805	7	»	8,982	57	2
Indre-et-Loire	1,555	13	»	1,848	28	»	1,578	25	2	1,605	16	14	2,556	19	4	9,142	101	20
Isère	3,692	11	»	3,318	6	»	2,762	5	»	2,863	14	»	5,107	1	»	17,744	37	»
Jura	1,690	9	1	1,792	9	2	1,950	18	3	1,560	10	1	2,683	21	»	9,665	67	7
Landes	1,979	118	4	2,065	74	»	1,556	51	»	1,892	50	3	3,165	6	2	10,657	299	9
Loir-et-Cher	1,902	33	3	1,847	43	3	1,605	25	2	1,840	16	2	2,372	47	1	9,566	164	11
Loire	3,056	3	1	2,905	4	»	3,073	10	»	3,422	»	4	5,315	1	2	17,774	18	7
Loire (Haute-)	2,225	»	7	1,783	3	1	1,692	1	1	1,684	»	1	3,013	»	3	10,397	4	
Loire Inférieure	2,769	22	»	3,080	31	»	3,110	19	»	3,086	25	»	5,347	8	1	17,392	106	1

DÉPARTEMENTS	Classe 1865			Classe 1866			Classe 1867			Classe 1868			Classe 1871			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE DES JEUNES GENS EXAMINÉS par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
Loiret	1.752	9	»	1.728	12	1	1.758	23	[illegible]	1.895	28	»	3.208	5	»	10.344	77	1
Lot	1.741	5	1	1.584	3	»	1.343	1	[illegible]	1.413	3	»	2.471	»	2	8.552	12	8
Lot-et-Garonne	1.592	31	13	1.453	7	16	1.321	18	[illegible]	1.212	15	2	2·491	5	1	8.069	76	34
Lozère	834	1	»	921	2	»	844	3	3	838	»	»	1.381	»	»	4.818	6	»
Maine-et-Loire	2.501	47	1	2.585	30	»	2.432	27	[illegible]	2.389	61	»	4.459	5	2	16.367	151	6
Manche	2.740	12	1	2.862	30	3	2.881	13	1	2.816	7	4	4.810	17	»	16.109	79	8
Marne	1.811	23	»	1.924	41	»	1.651	8	[illegible]	1.721	22	1	3.013	11	»	10.120	107	2
Marne (Haute)	1.230	9	2	1.136	24	»	1.029	8	[illegible]	1.113	18	»	1.994	24	1	6.502	83	3
Mayenne	2.013	17	»	2.045	9	»	1.976	13	[illegible]	1.883	15	»	3.259	6	»	14.176	60	»
Meurthe	2.292	14	»	2.044	21	3	1.845	3	[illegible]	2.273	7	2	5.973	18	4	14.427	63	9
Meuse	1.448	19	»	1.429	9	6	1.415	5	6	1.476	16	1	2.431	7	»	8.199	56	7
Morbihan	2.445	8	»	2.568	10	»	2.723	1	3	2.666	2	9	4.569	1	»	15.061	22	37
Moselle	2.441	14	3	2.139	5	3	2.293	9	[illegible]	3.157	9	4	.....	»	»	.....	»	»
Nièvre	2.542	46	1	2.352	24	»	1.869	10	2	1.820	20	»	3.549	15	2	12.132	115	3
Nord	5.534	35	1	5.157	43	»	5.566	48	2	5.454	19	1	11.164	9	1	32.875	158	5
Oise	2.097	65	14	1.850	53	2	1.954	65	[illegible]	2.310	95	1	2.957	33	1	11.168	311	20
Orne	2.208	35	»	2.197	37	»	2.487	19	[illegible]	2.043	12	1	3.472	99	4	11.809	202	5
Pas-de-Calais	3.499	10	15	3.427	»	86	3 169	30	2	3.347	49	1	6.535	11	3	19.617	106	106
Puy-de-Dôme	3.122	2	»	3.184	3	»	3.331	1	1	2.929	4	1	5.405	1	1	17.471	11	4
Pyrénées (Basses-)	2.672	83	1	2.619	57	3	2.249	18	2	2.078	20	2	4.003	6	»	13.621	184	7
Pyrénées (Hautes-)	1.280	12	6	1.472	21	6	1.179	9	[illegible]	1.115	13	8	2.244	8	3	7.190	63	25
Pyrénées-Orientales	972	2	4	1.062	4	3	961	7	2	915	5	»	1.635	3	2	6.565	21	9
Rhin (Bas-)	3.287	15	2	3.194	67	»	2.913	8	[illegible]	3.002	8	2	.....	»	»	.....	»	»
Rhin (Haut-)	3.013	12	3	2.849	14	»	2.630	4	[illegible]	2.826	15	»	1.792	14	»	13.140	59	3
Rhône	2.655	6	1	2.653	10	1	2.608	6	[illegible]	2.562	2	13	5.034	3	»	15.512	25	15
Saône (Haute-)	1.635	11	»	1.518	5	»	1.496	9	[illegible]	1.441	7	»	2.976	14	1	9.066	46	1
Saône-et-Loire	3.239	»	1	2.985	4	2	2.707	4	1	2.952	11	5	5.495	1	2	16.378	20	5
Sarthe	2 356	23	2	2.426	16	1	2.213	87	[illegible]	2.390	31	3	3.553	50	»	12.638	207	7
Savoie	1.868	1	4	1.787	1	2	1.631	3	1	1.730	2	»	2.349	»	1	9.335	7	7
Savoie (Haute-)	1.835	5	»	1.691	5	2	1.592	13	3	1.890	5	5	2.405	»	»	9.413	28	8
Seine	6.841	13	4	7.030	12	20	6.807	20	1	7.160	15	11	14.363	22	2	42.201	90	40
Seine-Inférieure	4.757	404	4	4.595	327	6	5.035	640	23	4.867	544	2	6.640	536	2	25.904	2.451	15
Seine-et-Marne	1.753	2	23	1.833	6	40	2.041	13	[illegible]	1.392	1	11	2.792	4	25	10.011	26	122
Seine-et-Oise	1.989	15	»	1.946	25	»	1.934	23	2	1.779	7	»	3.928	»	»	11.576	70	»
Sèvres (Deux-)	1.765	2	2	1.877	3	5	1.642	1	[illegible]	1.622	4	2	2.890	3	»	9.796	13	11
Somme	2.848	88	1	2.685	184	2	2.836	117	1	2.819	119	2	4.747	104	2	15.905	612	7
Tarn	1.947	7	2	1.928	10	»	1.601	2	[illegible]	1.791	10	»	3.102	»	1	10.369	29	4
Tarn-et-Garonne	880	»	»	1.095	4	»	856	1	2	799	3	»	1.824	»	»	5.454	8	»
Var	1.124	7	3	1.147	14	1	1.377	12	[illegible]	1.239	23	»	2.144	1	1	9 031	57	7
Vaucluse	1.168	2	1	1.336	5	»	1.264	9	1	1.312	4	2	2.348	»	»	7.428	20	3
Vendée	2.091	17	1	2.359	63	»	2 206	19	1	2.129	30	»	3.842	3	2	12.727	132	4
Vienne	1.728	19	2	1.793	»	3	1 761	34	10	1.877	11	5	3.098	»	4	10.257	64	15
Vienne (Haute-)	2.410	16	6	2.305	19	12	1.996	»	3	2.099	17	21	3.128	8	2	11.938	60	51
Vosges	2 316	17	1	2.137	20	1	1.969	13	»	2.257	18	»	4.776	7	1	13.255	75	16
Yonne	2.324	57	1	1.994	57	»	2.138	86	[illegible]	2.096	99	»	3.101	92	»	11.653	391	1

REVUE DE L'ETRANGER

NOTES SUR DE NOUVEAUX REMÈDES

par M. A. W. Harlan, M. D. Chicago

Lues devant la Société des dentistes de l'Illinois

Suite (1)

Cocaïne. — C $H^{21}NO^4$. Hydrochlorate de cocaïne: Presque tout spécialiste en médecine a employé quelque forme de la cocaïne depuis la découverte de sa propriété d'anesthésie locale faite par Koller, il y a moins d'un an. De l'emploi que j'ai fait de ces préparations diverses, qui date du milieu du mois d'octobre dernier, je puis tirer les renseignements suivants: les solutions aqueuses de deux à quatre pour cent ne sont pas capables d'agir sur une dentine sensible, même après une application répétée et prolongée dans les cavités superficielles ou même profondes. Une solution aqueuse de dix pour cent est de quelque valeur pour abolir la sensibilité de la dentine, si l'on baigne la cavité pendant dix minutes ou plus longtemps.

Les solutions de deux à quatre pour cent appliquées sur une pulpe découverte mais non enflammée, produiront l'anesthésie en huit à quinze minutes. Les mêmes solutions appliquées pendant trente minutes ou plus longtemps sur une pulpe enflammée et congestionnée ne produisent aucun effet. Les solutions aqueuses étendues sur les gencives avant l'application de la digue ou celle du clamp, ont uniformément réussi. J'ai injecté une ou deux gouttes de la solution à quatre pour cent dans des cavités purulentes, et après avoir attendu de cinq à huit minutes, j'ai écarté les dépôts et gratté les bords de l'alvéole avec une facilité relative; mais je n'ai jamais réussi à obtenir du patient la constatation de l'absence complète de douleur.

Les solutions aqueuses à six, huit et dix pour cent n'ont pas été plus efficaces en pareil cas.

Les solutions aqueuses étendues sur les gencives renfermant un abcès alvéolaire en formation, n'ont pas toujours réussi à empêcher la douleur quand on appliquait le bistouri ou la lancette.

J'ai employé l'oléate de cocaïne à cinq pour cent, dès sa première introduction; elle est plus efficace quand il s'agit d'ouvrir un abcès. Pour les dentines sensibles, elle semble être trop faible pour obtenir en général de bons résultats. Je ne m'en suis pas servi sur une pulpe normale. La solution à un pour cent de l'hydrochlorate dans de l'eugénol est la meilleure préparation dont je me sois servi pour la dentine sensible. Dans les cavités très superficielles elle demande de dix à vingt minutes pour être efficace; dans les cavités situées moyennement ou profondément, j'attends

---

(1) Voir Odontologie avril 1886, p. 166.

cinq minutes, et je commence à tailler quand la cavité est imbibée de la solution

Dans beaucoup de cas les patients ont constaté qu'aucune douleur n'était ressentie, même quand un point de rétention était fait. Je conclus que l'eugénol est le meilleur dissolvant pour l'hydrochlorate, dans toutes les proportions que l'on peut désirer, pour abolir la sensibilité de la dentine.

Des solutions plus fortes dans l'eugénol ne paraissent pas jusqu'à présent, être plus efficaces que celles à dix pour cent. J'ai expérimenté avec des solutions de l'alcaloïde dans l'eugénol, mais ces expériences sont trop récentes pour que je puisse dire quelque chose de définitif sur ce point.

Une solution de dix pour cent de l'alcaloïde dans l'éther semble être la meilleure solution pour une pulpe enflammée que l'on veut extraire. Vous connaissez tous la difficulté d'extraire une pulpe après sa dévitalisation par l'arsenic, surtout quand on a attendu un jour ou deux après l'application du médicament ; l'évaporation rapide de l'éther semble seconder, par le froid qu'elle produit, l'action anesthésique de la cocaïne, et, dans la plupart des cas, la pulpe peut être retirée avec une *broche* en une ou deux minutes. On l'applique avec un compte-goutte ou une pipette, ou sur du coton.

Les solutions d'éther plus fortes ne sont pas plus utiles que celles que j'indique. Mon expérience a été limitée à l'extraction de trois dents pour la solution aqueuse d'hydrochlorate de cocaïne. Dans chaque cas, je me suis servi de la solution à quatre pour cent. Les expériences n'ont pas été entièrement satisfaisantes pour les patients.

J'ai extrait une racine d'une molaire supérieure en me servant de l'oléate, et le patient a éprouvé l'absence de douleur tout le temps que les gencives ont été recouvertes d'eau. Je ne crois pas que notre connaissance présente des solutions diverses de l'alcaloïde, de l'hydrochlorate, du citrate ou d'un autre sel, nous autorise à promettre d'extraire une dent sans douleur, et nous en servant, même quand on en fait une injection hypodermique. Pour résumer mes expériences sur la cocaïne, je dirais que nous avons un médicament de plus qui ne peut devenir dangereux dans les mains du praticien et qui a déjà prouvé qu'il était indispensable à la chirurgie dentaire en beaucoup de circonstances que je n'ai pas indiquées ci-dessus.

Eau oxygénée

Le peroxyde d'hydrogène d'une part, et la solution aqueuse de sublimé corrosif au millième d'autre part, dans une bouteille bien bouchée, couverte de papier noir, gardée au frais dans un endroit sombre, est recommandé pour être employé comme injection dans les abcès profonds ou les cavités purulentes pour rejeter les débris et comme un puissant antiseptique là où cela est nécessaire.

Suivant Pasteur, les organismes vivants sont de deux classes : ceux qui doivent avoir de l'oxygène pour soutenir leur vie, (aérobies) et ceux qui sont instantanément détruits par l'oxygène (anaérobies). Dans le composé ci-dessus nous avons un mélange qui est fatal aux deux formes des producteurs de putréfaction. Quelques mois d'emploi clinique de cette combinaison m'ont convaincu qu'au commencement du traitement thérapeutique des cas de pyorrhée, nous pouvons être sûrs de détruire les organismes vivants dans les cavités, et aussi dans les spores, comme les expériences microscopiques l'ont révélé.

Cette combinaison antiseptique est utile pour rendre propre une langue malsaine, pour écarter le tartre des dents, pour désinfecter les instruments, et comme injection primaire dans les blessures faites par le chirurgien, sur les bords alvéolaires, pour nettoyer la plaie. On peut l'employer pour nettoyer le canal des racines.

Première expérience : infusion de gazon, de paille, de semences variées, de grains de blé, de morceaux de bœuf, et d'autres matières, fut placée dans une bouteille à goulot ouvert et remplie d'eau stagnante provenant d'un ruisseau ; quelque temps après, de la neige fut ajoutée ; alors, quand l'eau fut évaporée, on ajouta de l'eau distillée, et on maintint la température entre 65 et 70° (Farenheit) pendant six mois. Une goutte de l'infusion fut placée sur le verre et recouverte d'un morceau de verre séparé du premier par un cheveu, et, pendant que mon aide ajoutait une goutte d'égales parties de peroxyde d'hydrogène et de la solution aqueuse au millième de bichlorure de mercure, je remarquais son effet sur les organismes dans le champ du microscope. En moins de trente secondes, tout mouvement avait cessé. Les organismes les plus remarquables dans l'infusion étaient la bactérie linéaire et le rotifère. L'expérience fut répétée avec le même résultat. Une chaleur modérée et l'addition d'eau distillée ne purent faire revivre les bactéries défuntes.

Deuxième expérience : même infusion ; H^2O^2 d'une part, une solution de sublimé corrosif au deux millième, d'autre part ; l'expérience s'accomplit de la même manière que précédemment. Tout mouvement cessa au bout de dix minutes. L'expérience répétée eut le même résultat. Une chaleur modérée et l'addition d'eau distillée ne purent reproduire la vie ou causer aucun mouvement.

Les conclusions à tirer des expériences ci-dessus sont si évidentes, qu'il n'est pas besoin de commentaires. La propriété de transformer les micro-organismes soumis à l'action des solutions ci-dessus en fluides ou solides stérilisés, permet de supposer que les spores des organismes variés, présents dans les infusions examinées étaient aussi détruits : comme les expériences de cette nature sont maintenant en cours, il est à croire qu'elles montreront que, dans tous les cas, les solutions employées étaient suffisamment puissantes pour prévenir le développement des spores.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

I. *Rapport entre les affections dentaires et certains troubles oculaires.* — II. *Les divisions congénitales des maxillaires, des lèvres, du voile du palais.*

Rapport entre les affections dentaires et certains troubles oculaires

M. Redard (de Paris). — La relation entre les affections dentaires et les maladies des yeux est connue depuis longtemps; nous trouvons en effet dans Travers et Fick, en 1824 et 1826, des observations sur ce sujet.

Plus récemment, les oculistes et les dentistes se sont occupés de cette intéressante question. Caffé, Notta, Desmarres, Delestre, Galezowski, Decaisne, Métras, Power, ont donné de précieuses observations.

On connaît parfaitement aujourd'hui les maladies des voies lacrymales, de l'orbite, consécutives à des inflammations ayant leur origine dans le système dentaire et propagées par continuité de tissu.

Les maladies oculo-dentaires par voie réflexe sont moins connues et passent quelquefois inaperçues, l'examen du système dentaire étant négligé. Elles sont cependant très fréquentes, d'après nous, et il nous a suffi de faire quelques recherches sur ce point dans les cliniques de nos maîtres Abadie et Galezowski pour recueillir de nombreux documents.

Le but de cette communication est de faire voir que certains troubles oculaires d'origine indéterminée et rangés sous la dénomination vague d'amblyopie ou d'amaurose reconnaissent pour cause une irritation de la cinquième paire, au voisinage de dents malades, se transmettant par voie reflexe aux diverses membranes de l'œil.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces accidents, renvoyant à l'ouvrage de Brown-Séquard sur les nerfs vasomoteurs et aux remarques de cet auteur.

A la suite de lésions dentaires, de caries, lorsque la pulpe dentaire est intéressée et qu'une irritation survient du côté du trijumeau, on peut observer des lésions des diverses membranes de l'œil.

Les troubles de la conjonctive et de la cornée, surtout à la suite de la dentition, conjonctivité, kératite suppuratives, iritis, sont connus et nous n'insisterons pas.

Nous voulons aujourd'hui attirer l'attention sur quelques troubles oculaires en rapport avec les affections dentaires, troubles qui passent pour rares, parce qu'ils sont souvent méconnus. Ils sont cependant, à notre avis, d'une grande importance au point de vue thérapeutique, car il suffit de guérir l'affection dentaire

pour voir disparaître comme par enchantement la maladie oculaire.

Ces troubles se manifestent sur le système musculaire de l'œil, sur le muscle ciliaire, sur les membranes profondes de l'œil et sur le nerf optique.

Nous possédons plusieurs observations de paralysie ou de spasme du muscle ciliaire se produisant chez de jeunes sujets et reconnaissant pour cause une affection dentaire.

Il a suffi, dans ce cas, d'arracher la dent malade et douloureuse pour voir cesser la paralysie ou le spasme ciliaire.

Une très intéressante observarion de scotome central et mydriase sans lésion ophthalmoscopique, reconnaissant pour cause une carie dentaire (3e molaire de la mâchoire inférieure) nous a été communiquée par notre ami Despagnet.

Nous avons trouvé dans un travail d'Hermann Schmidt, dans les Archives de de Graefe, un grand nombre d'observations semblables. Power insiste avec raison sur la fréquence de cette variété de troubles oculaires par lésions dentaires.

Nous avons aussi souvent observé chez les enfants du strabisme et des paralysies des muscles oculaires, au moment de la dentition. De Graefe et Mitchell ont signalé cette variété de lésions oculo-dentaires.

L'amblyopie et l'amaurose ont souvent été notées à la suite de lésions dentaires. Nous nous souvenons avoir observé dans le service de M. Richet un cas d'amaurose persistant pendant longtemps et reconnaissant manifestement pour cause l'avulsion d'une grosse molaire supérieure.

Les troubles les plus fréquents, ceux sur lesquels nous désirons insister, sont des troubles amblyopiques. Ces accidents, d'après nos observations, suivent à peu près toujours la même marche. Il s'agit de gens névropathes, de femmes principalement, sujettes à des névralgies et présentant une ou plusieurs dents cariées ; il existe quelques points douloureux de la névralgie trifaciale ; la vue s'affaiblit d'un côté, le plus souvent des deux côtés. L'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune lésion. Le champ visuel est normal. Très fréquemment, nous avons noté l'existence de mouches volantes, de stries blanchâtres ou noirâtres, de brouillards gênant la vision. Il y a très fréquemment, avec cela, de la paralysie ou du spasme du muscle ciliaire. La lumière est douloureuse; il y a un sentiment de pesanteur douloureux de l'œil, il existe souvent de l'hypérémie conjonctivale.

Ce qui prouve bien évidemment que ces accidents oculaires tiennent à une lésion dentaire, c'est que, *dès que la dent ou les dents malades sont enlevées, tous les troubles du côté de l'œil disparaissent*.

Dans un grand nombre d'observations que nous avons recueillies et résumées, la marche de l'affection est telle que celle que nous venons d'indiquer.

Dans d'autres cas, les accidents inflammatoires du côté de

l'œil sont plus intenses; l'œil est douloureux, principalement dans la région ciliaire; il existe de l'hypérémie conjonctivale. La tension est manifestement augmentée; le champ visuel rétréci, la cornée trouble. Les accès douloureux se reproduisent, coïncidant avec une poussée inflammatoire du côté des dents, de tel sorte qu'il est permis de se demander si, dans quelques cas de glaucome, les lésions dentaires observées ne sont pas une cause de cette affection. La constatation de ce fait nous paraît avoir une grande importance et nous engage, dans les cas de glaucomes survenant chez de jeunes sujets, chez lesquels les causes de cette affection sont souvent si difficiles à déterminer, à rechercher si les lésions du système dentaire ne doivent pas être incriminées.

J'ai eu occasion de voir à la clinique du docteur Abadie un cas fort intéressant qui me paraît rentrer dans la catégorie de ceux dont je parle en ce moment.

Il s'agissait d'une femme de 28 ans, atteinte d'un glaucome avec tension très élevée de l'œil droit. L'œil gauche était normal. La santé générale de cette malade était parfaite; pas de douleur de tête ni de douleurs névralgiques; la cause de ce glaucome unilatéral était donc tout à fait obscure.

Deux sclérotomies furent faites par M. Abadie, ne produisant qu'une détente momentanée et suivies de récidive. C'est alors qu'en explorant avec soin le système dentaire de cette malade, M. Abadie trouva, du côté de l'œil affecté, une racine dentaire très douloureuse, dont il réclama l'extraction avant de faire une nouvelle tentative chirurgicale. L'extraction de ce chicot douloureux fut suivie, sans qu'on fît autre chose, d'une détente brusque immédiate de la tension intra-oculaire, qui prouvait, à n'en pas douter, la relation effective entre l'affection oculaire et l'affection dentaire.

Comme conclusion de nos recherches, nous dirons :

Un grand nombre d'affections oculaires reconnaissent pour cause une altération du système dentaire.

Principalement dans les cas d'accidents douloureux et inflammatoires du côté de l'œil ; dans les cas de glaucome à cause obscure; dans les cas d'amaurose et d'amblyopie avec mouches volantes, brouillards, diminution considérable de la vision ; dans les cas de spasme ou de paralysie du muscle ciliaire ou des autres muscles de l'œil; dans les cas d'asthénopie sans cause apparente, il faut examiner avec soin le système dentaire et commencer par instituer un traitement rigoureux de ce côté.

M. Gayet. — J'ai vu une fois une dent à pivot mal disposée devenir l'origine d'accidents oculaires.

M. Fieuzal. — J'ai vu tellement de cas analogues à ceux de M. Redard, que j'ai dû demander, pour compléter ma clinique des Quinze-Vingts, l'établissement d'une clinique dentaire comme annexe.

M. Galezowski. — Une dame avait perdu le pouvoir de lire depuis le moment où une dent lui avait été plombée. On enlève

le métal et la malade reprend l'usage de sa vue. La dent est replombée et la maladie perd encore une fois la vision. Enfin, la guérison fut obtenue par l'arrachement de la dent.

M. Javal. — J'ai vu aussi le phénomène inverse. Un glaucome avait été suivi de douleurs dentaires et les dents ont été déplombées sans succès. Il ne faut donc pas se hâter de sacrifier les dents ; celles-ci peuvent n'être prises que secondairement.

Société française d'ophtalmogie.

Les divisions congénitales des maxillaires, des lèvres et du palais

Au quinzième congrès de la Société allemande de chirurgie, on s'est beaucoup occupé des divisions congénitales de la voûte palatine. Leur étiologie, leur traitement par l'opération ou la prothèse, ont été longuement discutées.

La cause et le processus des divisions congénitales ne sont pas encore complètement élucidés, et la discussion suivante est d'un grand intérêt pour la science.

Comme on le verra par la communication que nous empruntons à la *Semaine Médicale*, l'explication généralement acceptée aujourd'hui est que le bec-de-lièvre et les divisions congénitales sont dus à un arrêt de développement, empêchant la soudure des bourgeons qui doivent constituer la face, en donnant naissance aux os intermaxillaires et maxillaires supérieurs.

Les os intermaxillaires qui avaient été observés dans toute la série des vertèbrés y compris les singes, faisaient défaut chez l'homme, au dire des anatomistes du commencement du siècle.

Des observations modernes plus précises, ont établi leur existence. Leur soudure précoce sur le fœtus avait empêché les premiers observateurs de les reconnaitre et de les distinguer. Plus récemment, on a cru que les os intermaxillaires étaient au nombre de quatre. C'est donc à la non soudure des os intermaxillaires entre eux, ou avec les os maxillaires voisins, que sont dues les divisions congénitales.

Développement du bec-de-lièvre

M. Biondi (de Naples). — Depuis Goethe, les chirurgiens ont admis que l'anomalie, désignée sous le nom de bec-de-lièvre, résultait d'une réunion défectueuse entre l'apophyse frontale interne et l'apophyse maxillaire, d'où la formation d'une fente qui sépare l'os intermaxillaire de l'os maxillaire supérieur. Il s'ensuit que dans le cas d'un bec-de-lièvre *double*, on a une partie intermédiaire, formée par les deux os intermaxillaires. Ces théories ont été renversées en 1879 par Albrecht (de Bruxelles), qui a démontré les propositions suivantes :

1° La lèvre supérieure et la région de l'os sus-maxillaire se forment de chaque côté aux dépens de trois apophyses (non pas

de deux). A cette formation, prennent part de chaque côté : l'apophyse frontale interne et externe et l'apophyse sus-maxillaire.

2° De chaque côté, il y a deux os intermaxillaires; sur chaque côté de la face on voit se développer : *a*) de l'apophyse sus-maxillaire, l'os sus-maxillaire : *b*) de l'apophyse frontale externe, l'os intermaxillaire externe : *c*) de l'apophyse frontale interne, l'os intermaxillaire interne.

3° La théorie de Goethe doit être abandonnée. La fente du bec-de-lièvre ne se trouve pas entre l'os sus-maxillaire et l'os intermaxillaire, mais plutôt entre les deux os intermaxillaires d'un même côté. D'après Goethe, la fente coïnciderait avec la suture incisive, mais Albrecht a réussi à démontrer l'existence de cette suture *en dehors de la fente*; de plus, il a observé parfois à la voûte palatine la suture interincisive, *mais surtout il n'a jamais vu en dehors de la fente une dent canine, c'était toujours une dent incisive* !

Ces propositions ont été attaquées vivement par Theodor Kœlliker, qui soutint que les apophyses frontales externes n'étaient pas, comme le veut Albrecht, un troisième élément nécessaire à la formation de la lèvre supérieure, mais qu'elles servaient seulement au développement des ailes du nez.

En outre, Kœlliker n'admet que deux os intermaxillaires avec un seul point d'ossification pour chacun d'eux. La suture interincisive d'Albrecht n'est, d'après lui, qu'un sillon destiné à loger un vaisseau. La théorie de Gœthe est donc juste, et la fente du bec-de-lièvre se trouve entre le maxillaire supérieur et l'os intermaxillaire, coïncidant ainsi avec la suture incisive. La présence d'une dent incisive en dehors de la fente n'est qu'accidentelle. J'ai repris ces recherches et en examinant un très grand nombre de crânes soit d'hommes, soit d'animaux portant cette anomalie, j'ai dû constater d'une façon générale l'exactitude des théories d'Albrecht, que je n'attaque que sur quelques points seulement. Je puis résumer le résultat de mes recherches dans les propositions suivantes :

1° La lèvre supérieure est formée de quatre parties et non de six (comme le veut Albrecht). A sa formation prennent part les apophyses sus-maxillaires et les apophyses frontales internes, tandis que les apophyses frontalesex ternes forment les ailes du nez;

2° Le maxillaire supérieur de chaque côté se décompose en trois os : l'os sus-maxillaire et les deux os intermaxillaires ;

3° Des trois points d'ossification de ces os, deux ont leur siège dans l'apophpse sus-maxillaire et un dans l'apophyse frontale interne (et non dans l'os sus-maxillaire, un dans l'apophyse frontale externe) ;

4° L'un des deux os intermaxillaires d'un côté est formé par l'apophyse sus-maxillaire, c'est donc l'os intermaxillaire *gnathogène*, l'autre par l'apophyse frontale interne, ce sera donc l'os intermaxillaire *métopogène* ,

5° Il y a encore une suture qui passe par les alvéoles des dents incisives, nommée suture interalvéolaire ;

6° La fente du bec-de-lièvre se trouve toujours entre les deux os intermaxillaires d'un côté, de sorte qu'en dehors on trouve l'os intermaxillaire gnathogène portant une dent incisive, tandis qu'en dedans de la fente se trouve l'os intermaxillaire métopogène portant une ou deux dents incisives.

Pièce anatomique présentant une variété particulière de bec-de-lièvre.

M. *Morian* (de Berlin). — Le bec-de-lièvre que je vous présente, se distingue sous deux rapports de la forme habituelle :

1° La fente partage le maxillaire supérieur en trois parties; elle s'étend vers l'orbite, à droite sous la forme d'une fente étroite jusqu'à deux centimètres sous l'orbite, à gauche sous la forme d'une fente large jusqu'à la cavité orbitaire elle-même.

Les parties latérales portent de chaque côté quatre dents, celle qui est tout près de la fente (par conséquent en dehors d'elle) est une dent incisive. La partie moyenne porte dans sa moitié gauche une dent incisive et dans sa moitié droite trois dents incisives imbriquées. La présence de quatre dents incisives sur une moitié de l'os maxillaire supérieur, est très rare.

M. *Albrecht*. — Le cas que vient de présenter M. Morian est unique, je crois, parce que l'on voit pour la première fois l'os intermaxillaire de l'homme dans sa totalité. A droite nous avons donc une fente stomato-orbitaire incomplète, à gauche cette fente est complète. La pièce est unique encore, parce qu'il existe sur un seul côté du maxillaire supérieur quatre dents incisives; c'est, un exemple, d'atavisme remontant jusqu'aux marsupiaux.

Cette pièce vient à l'appui de ma théorie de la manière la plus éclatante. La fente est toujours entre les dents incisives.

M. *Stoehr* (de Wurzbourg). — Les recherches de Biondi éclaircissent la question des os intermaxillaires. Il y en a, en effet, quatre, mais deux seulement — les deux externes — se réunissent à la face sur la ligne médiane, tandis que les deux internes ne se présentent que comme de tout petits os du côté du palais. Voilà pourquoi on n'a pu trouver la suture entre les os intermaxillaires externes et internes dans le plan de la face. Mais si l'apophyse nasale interne ne se réunit pas, comme normalement, à l'apophyse sus-maxillaire, alors l'os intermaxillaire interne se présente aussi à la face. C'est cet os qui se charge alors — en s'étendant anormalement — du rôle que devait jouer l'os intermaxillaire externe, c'est-à-dire de former les alvéoles des dents incisives.

M. *Biondi*. — La pièce de M. Morian présente une fente oblique de la face. Les dents incisives surnuméraires se rencontrent très bien sur des crânes normaux.

Si M. Albrecht me renvoie à l'oiseau pour démontrer la division de la lèvre supérieure en six parties, je lui répondrai que j'ai parlé des anomalies de l'homme et non de celles de l'oiseau ; chez

l'homme la lèvre supérieure résulte de la soudure de quatre parties élémentaires, et, si M. Albrecht prétend que ces parties sont au nombre de six, il faut qu'il apporte des preuves à l'appui de son dire. Si. M. Albrecht veut se donner la peine d'étudier le développement des os intermaxillaires chez les embryons, il verra la suture intéralvéolaire qu'il nie.

TRAITEMENT DE LA GUEULE-DE-LOUP.

M. *Meusel*. — Pour immobiliser complètement les lèvres d'un enfant opéré d'une gueule-de-loup, je fais passer à travers les deux joues, une longue aiguille qui porte à l'une de ses extrémités une plaque recourbée en forme de cloche plate; une plaque semblable est vissée sur l'autre extrémité munie d'une vis de l'aiguille lorsque les deux joues sont perforées. La pointe de l'aiguille est ensuite coupée. Par ce moyen, les lèvres sont absolument immobilisées, la nutrition n'est nullement entravée et les sutures peuvent être enlevées de très bonne heure. Les cicatrices des piqûres deviennent invisibles. Jamais je n'ai blessé le conduit de Stenon.

M. *von Volkmann*. — Blasius a déjà appliqué cette méthode Il maintenait en place son aiguille, qu'il faisait passer par la lèvre supérieure au moyen de plaques de plomb vissées à ses extrémités.

UNE OBSERVATION CONCERNANT LA STAPHYLOPLASTIE.

M. *Schoenborn* de Koenigisberg). — Bien que J. Wolff ait préconisé les obturateurs, je n'ai pas renoncé au traitement sanglant des perforations de la voûte palatine.

Sur 20 opérés, j'en ai perdu un seul à la suite d'une pneumonie septique ; trois fois les lèvres de section de la paroi postérieure du pharynx devinrent gangréneuses, quatorze fois elles se réunirent par réunion immédiate au tissu ambiant, deux fois seulement la réunion se fit par suppuration.

J'opère en faisant la trachéotomie préventive, je sectionne le lambeau de la paroi postérieure du pharynx en mettant sa base toujours en haut, je le détache à l'aide de longs ciseaux de Cowper et le place à la voûte palatine ; ce lambeau est réuni par trois point de sutures de chaque côté. En général, on observe des fistules, mais il ne faut pas trop hâter leur oblitération, car elle peut s'observer spontanément même au bout de six à neuf mois. On pourrait procéder à l'uranoplastie au bout de six semaines, mais il est bon d'attendre une année et demie.

Voici un garçon qui avait une fente double. La partie moyenne fut reculée en arrière par une opération faite dans les premières années de son enfance. Puis, lorsque l'enfant fut âgé de huit ans, je fis la staphyloplastie, six mois plus tard l'uranoplastie et enfin les fistules furent fermées; il faut reconnaître qu'il en existe encore deux toutes petites permettant à peine le passage d'un fil. La fermeture des fentes seules n'avait eu aucun résultat sur la phonation. J'ai fait instruire alors ce garçon par un insti-

tuteur de sourds-muets et vous pourrez vous assurer qu'il parle aujourd'hui très distinctement. (Le garçon récite quelques vers et parle aujourd'hui très bien.) Lorsque la phonation aura été bonne pendant quelques années, je crois que l'on pourra sectionner le lobe, qui actuellement unit encore le pharynx au voile du palais.

Il faut, en jugeant ces cas, avoir égard à ce que la plupart de ces malades appartiennent aux classes pauvres. En leur apprenant à parler avec un obturateur, il faut bien savoir que cet appareil a besoin de réparation, que de temps en temps il faut l'adapter de nouveau, ou bien qu'il est abîmé et que le malade se trouve de nouveau très gêné, jusqu'à ce qu'un nouvel appareil soit construit On prend l'argent pour ces choses coûteuses? Encore ne peut-on ni faire construire ni réparer des obsturateurs partout. Pour ces. individus, l'opération est donc de beaucoup préférable.

M. *J. Wolff.* — Le but de mon traitement est de se passer aussi d'obturateur. Si la staphyloplastie était la meilleure méthode, il faudrait démontrer qu'elle est toujours suivie d'un bon résultat et que l'opérateur n'est jamais forcé de sectionner de nouveau le lobe transplanté, pour pouvoir appliquer l'appareil prothéthique, qu'il aurait pu mettre de prime abord, sans faire subir au malade une grave opération. Le but du traitement doit être une phonotion normale. On obtient ce résultat en combinant — d'après ma méthode — l'opération avec l'application de la prothèse, c'est-à-dire d'un obturateur pharyngéal, qui s'appuie d'un côté contre le voile du palais, restauré par l'opération, et la paroi postérieure du pharynx de l'autre côté. Il est bon de faire l'uranoplastie chez les *petits* enfants. Depuis que je puis maîtriser l'hémorragie en opérant la tête du malade inclinée en bas, je pratique ces opérations sur les enfants (de six jours, de deux mois, etc.). Plus tard, on leur fait faire l'obturateur et alors un bon instituteur commence l'enseignement de la phonation. Les enfants apprennent rapidement, la phonation devient non seulement absolument normale, mais on réussit aussi a obtenir la même phonation *sans* l'obturateur.

APPAREILS PROTHETIQUES DE LA BOUCHE EN BRONZE D'ALUMINIUM.

M. *Sauer.* — Recommande après tant d'autres l'usage de l'alluminium pour les usages médicaux et dentaires.

REVUE DES JOURNAUX

I. — Nécrose du maxillaire inférieur à la suite de l'usage de phosphore à l'intérieur. — II. Gastrotomie pratiquée pour retirer un dentier. — III. Suffocation mortelle déterminée par un dentier.

Nécrose du maxillaire inférieur à la *suite de l'usage du phosphore a l'intérieur.* M. Hutchinson a publié l'observation d'une dame qui était venue le consulter pour une nécrose du maxillaire inférieur; de

nombreuses fistules. s'étaient ouvertes dans la bouche et sur la peau et la suppuration était très abondante. En questionnant la malade sur les causes de l'accident, M. Hutchinson découvrit qu'elle avait pris trois fois par jour, pendant deux ans, une pilule de Kirby contenant un milligrammes de phosphore, après consultation avec sir James Paget. M. Hutchinson enleva l'os nécrose et la malade guérit.

Les pilules de Kirby sont très en faveur en Angleterre, mais on n'a, jusqu'ici, rapporté aucun autre cas de nécrose qui puisse leur être attribué. L'affection de l'os avait commencé au point d'implantation d'une dent cariée, neuf mois environ après le début du traitement par le phosphore.

M. Bryant fait observer que, parfois, la nécrose du maxillaire inférieur se déclare sans aucune cause apparente.

M. Bristowe est d'avis que le phosphore, a la dose de 6 milligrammes par jour, peut fort bien expliquer la nécrose du maxillaire chez la malade en question.

Semaine médicale

Gastrotomie pratiquée pour retirer un dentier artificiel. — Depuis quelques années les observations de chutes de dentiers dans l'œsophage paraissent augmenter considérablement.

Dans la majorité des cas, on a pu retirer ces pièces par la bouche sans trop de difficulté et sans conséquence sérieuse. Quelques-uns ont exigé la trachéotomie; un grand nombre de dentiers ont traversé sans inconvénient le tube alimentaire; très peu sont restés dans l'estomac.

Voici un cas de ce dernier genre, dû au Dr N. S. Jenkins, de Dresde, et où l'on réussit à retirer la pièce par la gastrotomie ; c'est la deuxième fois où la déglutition d'un ratelier nécessita cette opération :

« Un barbier, de 32 ans, non marié, sain, sans tare constitutionnelle, avait avalé une pièce de caoutchouc, portant six dents du haut, tenant par succion et à l'aide d'un crochet, d'environ 0m,04 de diamètre sur 0m,05. Il ne consulta le chirurgien qu'au bout de quatre jours. Une fois établi que le corps étranger était logé dans l'estomac, l'opération fut décidée. Avant de soumettre le patient à l'influence du chloroforme, on eut le soin de mettre son appareil digestif dans la meilleure condition possible, et on fit une injection de morphine pour diminuer la tendance aux vomissements. Pour ouvrir l'estomac, on fit une incision de 0m,10 à 0m,15 transversalement au niveau de l'extrémité pylorique, avec la précaution de lier les artères aussitôt qu'elles étaient divisées, pour éviter la perte de sang, et l'on se servit constamment de l'appareil de Lister avec la solution de sublimé.

« L'estomac, mis à découvert, on constata que la pièce se trouvait à l'extrémité pylorique comme on l'avait prévu. On attira alors cette partie en dehors en assujettissant l'organe au moyen de ligatures traversant la couche musculaire pour l'empêcher de rentrer dans la cavité abdominale dans le cas où il surviendrait des efforts de vomissements ou tout autre mouvement convulsif, et l'on fit une ouverture suffisante pour permettre l'extraction du dentier. On prit encore grand soin de ne laisser pénétrer aucune substance étrangère dans l'estomac. La suture de la couche interne de cet organe se fit d'une manière parfaite, en laissant les nœuds des ligatures en dedans pour leur permettre de trouver l'issue la plus facile. Je ne saurais trop admirer l'habilité avec laquelle le Dr Credé fit chaque suture, avec une parfaite appréciation du degré de force nécessaire pour obtenir le

meilleur résultat avec chaque tissu. L'opération demanda en tout juste une heure. Quarante-huit heures après l'opération, le malade va aussi bien que possible, et l'on n'a aucune raison de penser qu'il ne se tirera pas à merveille de son opération, ajoutant ainsi un autre succès à l'actif du jeune et brillant chirurgien.

Deux semaines plus tard, le patient sortait parfaitement bien. (*The independant Practitioner* et *Progrès dentaire*).

Suffocation mortelle déterminée par un dentier. — Le capitaine Bankhead (de Grafton), l'ingénieur civil bien connu, a été étouffé par la chute de son dentier dans la gorge. Le capitaine souffrait depuis quelque temps et était sous l'influence du chloroforme, qu'on lui administra pour l'exécution d'une opération délicate, quand l'accident se produisit. Il avait environ 60 ans. Sa mort résulta de la négligence d'une des règles vulgaires qui auraient guidé un anesthésiste exercé. Un médecin habitué au maniement du chloroforme n'aurait pas manqué, en effet, de faire retirer la pièce avant l'opération.

(*British Journal dental of Science*).

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois

Contribution à l'étude de la greffe dentaire par G. Bugnot. D. E. D. P. — Rouen, imprimerie Lecerf.

On est étonné que la réimplantation et la transplantation aient encore quelque intérêt d'actualité, quand on songe à la date ou ces opérations ont été mentionnées pour la première fois.

Sans parler d'Ambroise Paré, plus d'un siècle sépare Fauchart et Bourdet d'Alquié et de Magitot, et pendant ce temps la question n'avait pas fait un pas. La modification dans le processus opératoire que Delabarre tenta en réséquant l'extrémité de la racine, fut ignorée de sa génération, et ce n'est que d'hier que l'on remarche dans la voie frayée en France au XVIII[e] siècle.

Si l'art dentaire était presque resté stationnaire dans ce long espace de temps, il n'en était pas de même heureusement des sciences médicales, et grâce à cela, la greffe dentaire a été placée sous un nouveau jour ; l'intimité du phénomène de la reprise du périoste momentanément séparé de l'organisme, a été comprise à la lumière des travaux d'Ollier et de Paul Bert, et au lieu de succès empiriquement obtenus, d'insuccès dont on ne s'expliquait pas la cause, le dentiste moderne peut tenter cette ressource suprême de la chirurgte conservatrice, avec des indications thérapeutiques d'une grande précision, un manuel opératoire ne laissant désormais que peu de place à l'incertitude du praticien.

Le mérite du mémoire de M. Bugnot est non dans l'exposé trés complet qu'il donne de la question, mais dans la description détaillée de son *modus faciendi*, qui précise quelques points restés douteux dans les travaux antérieurs aux siens.

Quelle conduite doit-on tenir en présence de la pulpe vivante

(pour les dents expulsées à la suite de traumatismes) ou mortifiée? est-il bon d'obturer immédiatement les canaux radiculaires ou doit-on différer cette obturation ? L'abcès alvéolaire et la périostite chronique ont créé une osteïte, doit-on l'abandonner à elle-même ou essayer son excision à l'aide du tour à fraiser ? Le drainage par la paroi alvéolaire est il avantageux, sont autant de questions que l'auteur aborde franchement, et qu'il résout en donnant des raisons judicieuses appuyées sur un certain nombre d'observations personnelles (25) et de succès.

Il résume ainsi les règles opératoires de la transplantation.

1° Indication relative à la pulpe (sauf chez l'adolescent) : excision radicale, sa présence pouvant entraîner l'échec de la greffe ou tout au moins une fistule inutile;

2° Indication relative au canal radiculaire, la pulpe étant excisée : obturation. Le cas de formation polypeuse n'ayant pas encore de communication manifeste avec les fibrilles au bout de huit années, sa substitution à la pulpe est inutile, funeste même en cas de récidive de carie;

3° Indication relative à l'alvéole pathologique : résection, circulaire, le tissu alvéol-dentaire qui revêt la racine devant être respecté aux dépens de l'alvéole.

L'auteur nous fait espérer d'autres progrès, nous serions heureux de les enregistrer prochainement; non seulement, il défend « la greffe par transplantation d'une dent prise sur le cadavre, la « transplantation d'une dent adulte cultivée au moyen d'une greffe « temporaire sur individu d'espèce différente, mais encore la possi- « bilité de la transplantation d'une dent prise à l'état embryonnaire « et cultivée sur un individu d'espèce différente » Magitot et Legros ne purent réussir dans une tentative analogue ; nous souhaitons à notre distingué confrère d'être plus heureux. Il n'est pas de notre rôle de décourager les chercheurs.

Quelque soit les mérites de la greffe, on ne doit pas oublier que le traitement de la dent en place lui est supérieur, et il serait fâcheux, que certains succès, incitent les dentistes à délaisser le traitement par le canal, si long, si difficile, si incertain soit-il pour proposer et exécuter d'emblée la reimplantation dans les caries compliquées. S'il est des engouements dont on doit se garder c'est surtout de l'engouement chirurgical.

M. Bugnot a augmenté notre littérature professionnelle d'une bonne monographie. Elle renferme un peu de neuf, le côté thérapeutique et pratique y dominent; ce genre de mérite n'orne pas tous les mémoires soumis aux discussions des assemblées scientifiques.

LES ECOLES D'ETAT

De longs siècles de tutelle ont enraciné le préjugé de l'omniscience et de l'omnipotence gouvernementales. Il semble à beaucoup que la puissance de l'État est une force providentielle, dont les bienfaits sont donnés gratuitement.

Hélas ! les écus des caisses du Trésor ne tombent pas du ciel. Jugez-en par votre feuille de contribution, chers confrères, et croyez bien qu'en sociologie comme en mécanique, toute transmission se paie par une dépense de la force initiale, par une diminution du rendement utile de la machine.

Combien de dentistes s'intéressant et même collaborant à notre œuvre regrettent que le gouvernement ne se soit pas emparé de enseignement de l'Odontologie en France. Une école monumentale, le lustre de la désignation officielle pour les membres du corps enseignant, la garantie légale du diplôme en découleraient, pensent-ils.

Nous ne contesterons pas les avantages, mais qu'il nous soit pourtant permis de faire remarquer qu'ils ne sont pas sans inconvénients. L'exemple d'un pays voisin, d'une République fédérale, la Suisse, nous montrera que l'ingérence de l'Etat, — c'est-à-dire des politiciens et des bureaucrates, — dans les affaires des dentistes, ne comble pas tous les vœux.

En 1882 nous avions publié quelques renseignements sur la constitution de l'Ecole Dentaire de Genève. En 1884 nous avions reproduit un article inséré au *Progrès Dentaire*. Aujourd'hui nous accueillons la communication suivante, qui, comme on le verra, émane d'une source bien informée. Si cette publication n'avait pour but que de diminuer l'estime pour un établissement d'enseignement professionnel, nous l'aurions refusé. Mais nous pensons qu'elle peut servir à dissiper quelques idées fausses sur a valeur de l'intervention gouvernementale dans nos affaires. C'est à ce titre que nous la publions.

P. D.

Monsieur le Directeur de l'*Odontologie*,

Voulez-vous permettre à un de vos confrères de la Suisse française, de saisir vos lecteurs d'une question importante pour l'avenir de la profession et les conditions d'existence de ses membres.

Comme vous le savez, en 1881, on convainquit le gouvernement cantonal de Genève, d'établir dans cette ville une école dentaire officielle; le plan d'études, l'organisation intérieure furent calquées sur l'Ecole Dentaire de Paris.

On ne pouvait espérer faire vivre une Ecole d'Odontologie dans une ville de 60,000 habitants, avec les seules ressources de l'enseignement; aussi ce côté de l'Ecole Dentaire de Genève est-il accessoire. Après quatre ans d'existence, elle ne compte que 19 diplômes. Si c'est pour compléter les connaissances de 19 den-

tistes qu'on a mis en œuvre des forces si considérables, on avouera que le moyen est coûteux, car l'installation et les dépenses de la première année ont monté à 38,700 fr., depuis les génevois paient bon an, mal an, de 12 à 15,000 francs le luxe d'avoir dans leurs murs une Ecole dentaire. Plus de 80,000 francs ont été dépensés ainsi. On voit que les feuilles de parchemins données à ces 19 élus reviennent assez cher.

Vingt-six élevés sont pour cette année inscrits sur les registres de l'Ecole; sur ce nombre, six seulement travaillent à la clinique. Le programme des cours a été composé par des hommes politiques et un ou deux médecins. Aussi la partie technique et vraiment professionnelle est-elle reléguée au second plan; sur les trois années, une seule y est consacrée Un seul dentiste fait partie du corps enseignant.

Tout d'abord, afin d'attirer les élèves, les diplômes portaient le titre de médecin, chirurgien, dentiste. Le grand Conseil vient de retrancher le premier mot qui était vraiment impropre et avait été mis dans un but de réelame.

Malgré ces libéralités gouvernementales, l'Ecole ne pourrait vivre, si elle n'augmentait ses ressources d'une autre manière; en faisant concurrence aux dentistes de la ville. Comme je le disais plus haut, Genève compte 60,000 habitants et n'a pas moins de 40 dentistes, proportionnellement vous devriez être à Paris 1,500. Je livre ce chiffre aux méditations de vos lecteurs.

A ce nombre de dentistes patentés, il faut en ajouter un autre: car la clinique de l'Ecole, de Genève, fait non-seulement de la dentisterie opératoire payée, mais encore de la prothèse au détriment des dentistes genevois.

Voici les prix demandés aux clients de l'Ecole :

Plombages blancs ou métalliques.	2	fr.
Aurification, depuis	3	»
1 dent artificielle.	8	»
2 dents artificielles.	12	»
3 — —	16	»
4 — —	20	»
5 — —	24	»
6 — —	28	»
7 — —	30	»
8 — —	32	»
9 — —	34	»
10 — —	36	»
11 — —	38	»
12 — — et plus. . .	40	»
Dentiers complets de 80 à. . .	100	»

Si ces prix ne sont pas rémunérateurs pour un praticien ayant charge de famille, de loyer, d'impôts, il n'en est pas de même pour un établissement subventionné qui de plus, n'a pas à payer de main d'œuvre.

Au lieu que l'Ecole et sa clinique soient pour nous un centre de culture scientifique, de progrès, de solidarité professionnelle, nous sommes tenus à l'écart par un directeur qui sent ne pouvoir compter sur notre concours, notre sympathie. Ce n'est pas dans la presse scientifique médicale, qu'il recommande l'établissement commercial qu'il dirige, mais dans les journaux politiques. Le public professionnel est laissé de côté ; ce qu'il recherche, c'est le client. Dans une conférence publique faite récemment, il disait : « En 1883, 2,155 personnes différentes sont venues consulter ou se faire soigner, et ce nombre augmente chaque année, il a été de 2,541 en 1885. C'est une clientèle de personnes peu fortunées, domestiques, ouvriers, PETITS RENTIERS, etc. » (*Conférence faite à la Société d'Utilité Publique, 15 janvier 1886.*)

Voilà donc le but de l'École, faire de la Dentisterie au rabais. On me dira que les petits rentiers sont intéressants, je n'en disconviens pas, mais M. Laskowski voudra bien nous concéder qu'ils ne sont pas les seuls, ceux qui sont obligés de travailler pour manger, par exemple ; qu'il le croie, les dentistes amateurs sont rares. Nous voulons bien que l'argent que le canton nous demande pour les services publics soit employé à nous faire concurrence, à faire des dentiers au rabais, mais à une condition, c'est qu'on établisse également des boucheries et des boulangeries cantonales.

On verrait ainsi les avantages du système largement appliqué. Nous ne serions pas les seules victimes de cette socialisation partielle. Il y aurait peut-être alors quelque chose pour nous au râtelier.

Si cette lettre peut intéresser les lecteurs de l'*Odontologie*, je vous autorise à la publier.

Recevez.....

Z.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Bons effets de la Pilocarpine contre l'Odontalgie. — (*Medical Pres.* —4 novembre 1885) p. 489; A. P. Kürzakoff, de Moscou, pense que l'on peut soulager les douleurs de dents à l'aide d'injections hypodermiques de Pilocarpine. — Il se sert d'une solution de 10 gr. de sel pour 15 gr. d'eau distillée et fait l'injection dans la région temporale du côté malade. — Dans deux cas on injecta 0 gr. 007 m. et dans un autre 0 gr. 014 m. de substance; la douleur disparût environ une heure après l'injection ; à peu près en même temps cessèrent la salivation et la transpiration (causées par le remède). — Dans un des cas, chez un homme de 46 ans, atteint de périodontite rhumatismale, avec des douleurs d'oreille atroces, une injection de 0,014 produisit des vomissements abondants, de la cyanose, de la faiblesse générale et de l'engourdissement; tous ces phénomènes disparurent en une heure et demie, après que le malade eût pris 20 gouttes de teinture de valériane. — L'auteur pense d'après ces quelques tentatives, que cette mé-

thode de traitement mérite qu'on fasse de nouvelles expériences à ce sujet.

La teinture de canabis indica comme anesthésique dentaire. — D'après Arousin, la teinture de cannabis indica est très utile comme anesthésique local. Il dilue la teinture à 3 ou 5 fois, suivant la durée de l'opération. La teinture diluée est introduite par des tampons de coton dans les cavités, en même temps qu'on badigeonne les gencives aux environs de la dent malade. Les mâchoires des instruments sont aussi trempées dans la teinture, après qu'on les a fait chauffer. En hiver, il est bon de faire la dilution de la teinture avec de l'eau chaude.

(*Archives de Pharmacie*, 5 avril 1886.)

Rothe.— Liquide hémostatique. — Le docteur Rothe recommande, comme hemostatique, l'extrait alcoolique de l'ortie, *urtica dioica.* Au printemps, on récolte les jeunes plantes (tiges, feuilles et fleurs), on les devise et on les fait macérer pendant une semaine dans l'alcool à 60° ; on presse et l'on filtre. Le liquide vert-qrun foncé sert à imbiber du coton à pansement préalablement dégraissé (coton hydrophile), ou de la ouate imprégnée d'acide phénique ou d'acide salicylique; on l'applique sur les plaies sanguinolentes ; quand les gros vaisseaux ne sont pas ouverts l'écoule- ment du sang cesse. On s'en est servi avec succès dans les cas d'épistaxis. Le sang forme un caillot mou, bien cohérent, non friable, eomme celui que l'on obtient avec le perchlorure de fer.

(*Archives de Pharmacie*, XXIII, 1885.)

La cocaïne, son mode d'action, ses dangers.

Chez une fillette de 12 ans une ou deux gouttes de cocaïne avaient été instillées dans l'œil à quatre reprises et à des intervalles de 4 à 5 minutes afin de faire le grattage d'une tache noire sur la cornée, produite par une blessure de l'œil avec une plume en acier. L'enfant eut des maux de tête, des nausées et fût pendant toute la journée d'une grande prostration, tibutant en marchant et ayant la parole embarrassée.

Un médecin allemand, Ziem, a recueilli dix-sept observations d'intoxications consécutives à l'emploi de la cocaïne pour des opérations oculaires.

Dujardin-Baumetz a constaté aussi des accidents vertigineux, des syncopes, à la suite d'injections hypodemiques de chlorydrate de cocaïne. Ces accidents auraient été observés sur des malades ayant la position verticale; il est donc probable qu'ils sont dus à l'anémie cérébrale, le passage de la position horizontale à la position verticale aurait déterminé aussi des troubles analogues.

(*Deligny*. Concours médical).

Ces faits assez nombreux doivent rendre prudents dans l'usage de la cocaïne. On doit rejeter les solutions altérées, anciennement préparées et si les observations ci-dessus sont fondées, il en résulterait qu'il y a avantage à laisser quelque temps le malade dans la position horizontale après l'emploi de la cocaïne. Nous serons heureux de recevoir les communications de nos lecteurs à ce sujet.

Les accidents d'intoxication par la cocaïne.

Ces derniers mois, on a signalé des cas d'intoxication à la suite d'applications de cocaïne. Ces accidents se sont produits après les injections sous-cutanées, ou simplement par l'introduction dans l'œil de faibles quantités de médicament : 8 à 10 gouttes placées à plusieurs re-

prises. Chez une femme de 60 ans, il y eut deux heures après l'opération de la céphalalgie, des sueurs froide sur le front, du tremblement de mains et un léger vertige. Ces accidents disparurent vers le soir.

Action locale du chlorydrate de cocaine en injections hypodermiques. — Le Dr Loukaschewitch vient de faire une série d'expériences pour déterminer : 1° L'étendue de la région anesthésiée autour du point où l'injection a été faite ; 2° Les conditions qui ont une influence plus ou moins notable sur l'apparition de l'anesthésie. Ces expériences ont été faites dans les différentes régions du corps de l'expérimentateur lui-même et d'autres personnes bien portantes. En voici les conclusions :

1° Une minute ou deux après l'injection, apparaissent une rougeur et une sensation d'engourdissement qui vont de la périphérie aux parties plus profondes. La sensibilité disparaît ensuite complètement.

2° L'anesthésie ne tarde pas à se propager aux parties adjacentes et surtout suivant les ramifications des nerfs sous-cutanés ;

3° L'anesthésie est plus complète et plus étendue, lorsque l'injection a été faite au point où le nerf traverse l'aponévrose pour se rendre dans le tissu cellulaire sous-cutané ;

4° Le territoire de l'anesthésie est d'autant plus grand que le tronc nerveux est plus volumineux ;

5° L'anesthésie ne se propage jamais de bas en haut, mais en sens contraire lorsque l'injection a été faite dans la direction des branches d'un nerf sous-cutané au niveau des membres, par exemple.

6° L'abondance du tissu adipeux sous-cutané paraît être défavorable à l'apparition de l'anesthésie.

7° La durée de l'anesthésie est de dix à quinze minutes ;

8° La sensibilité se rétablit d'abord à sa périphérie et ensuite dans les parties profondes.

9° A l'endroit où l'injection a été faite, et surtout lorsque le tissu adipeux est peu abondant. un léger gonflement qui persiste de douze à vingt-quatre heures. Quatre ou six heures après l'injection, une douleur parfois assez intense se déclare surtout au niveau des membres inférieurs. Au bout de deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre.

Enfin 10°, l'anesthésie produite par la cocaïne amène une perte de la sensibilité à la douleur et à la température, mais la sensibilité tactile persiste tout le temps, quoique légèrement affaiblie (Wratch, 46, 1885).

(*L'Union médicale, 20 février 1886*).

Chlorydrate de cocaïne dans la nevralgie faciale. — M. le docteur Coninck emploie avec succès le chlorydrate de cocaïne dans la névralgie faciale en introduisant quelques gouttes d'une solution au centième dans le conduit auditif avec un compte-gouttes ou un pinceau légèrement imbibé.

La douleur disparaît instantanément · cet effet est tantôt définitif et parfois passager assurant une accalmie de qulques heures, une seconde application a le même résultat.

Pour la névralgie du trijumeau on n'obtient pas le même succès.

(*Scalpel.*)

Action physiologique et therapeutique de la cocaïne. — Le docteur Sécrérato arrive aux conclusions suivantes, au sujet des effets physiologiques et thérapeutiques de la cocaïne :

1° La cocaïne, même en petites doses, a un effet indéniable sur les nerfs périphériques, quand elle est administrée en injections souscutanées.

2° De petites doses (15 milligrammes) peuvent, dans certains cas, diminuer la sensibilité locale et arrêter les douleurs.

3° De plus grandes doses (0,06 centg.) peuvent produire une anesthésie complète dans un espace relativement grand.

4° La cocaïne en injections hypodermiques, outre son action locale, n'est pas sans effet sur la circulation.

5° Cette action est rendue évidente par des doses de 0,007 milligrammes et plus évidente encore par des doses de 30 milligrammes, de 0,04 cent. et de 0,06 cent.

6° La fréquence du pouls est ordinairement plus grande en raison de la dose, et cela de 8 et même 14 pulsations pendant la première minute.

7° La pression intra-artérielle, est abaissée dans la plupart des cas de quelques millimètres à 20 selon les individus et indépendamment de la dose.

8° La courbe sphygmographique ascendante est amoindrie et la courbe descendante est plus courte.

9° La respiration ne présente pas de modification digne d'être notée par l'emploi des doses variant de 0,007 millig. à 0,06 cent. de cocaïne.

10° Son action sur les individus sains commence à se manifester de trois à cinq minutes après l'injection, et cela selon la quantité. L'effet peut durer de vingt minutes à plus d'une heure.

11° La cocaïne est susceptible de diminuer et de supprimer les douleurs névralgiques.

12° L'effet dans ce cas n'est pas seulement local, mais il se fait sentir dans un point éloigné de celui où l'injection a été faite.

13° L'action anesthésique commence à se faire sentir peu de temps après l'injection et continue pendant un temps variant de une demi-heure à six heures, selon la dose employée.

14° La cocaïne ne produit pas de phénomènes généraux à des doses variant de 0,007 milligrammes à 0,06 centigr.

15° L'injection sous-cutanée à des doses voisines de celles-ci ne produit pas de mydriasse. (*La Salute* III, 1885 *et Journ. de Médecine de Paris.*)

Stérilisation des solutions de la cocaïne — Un médecin allemand a demandé que les pharmaciens stérilisent, autant qu'il est possible, les solutions de cocaïne. La Pharmaceutische Zeitung donne un procédé de stérilisation et d'examen des cocaïnes en général.

Pour stériliser, par exemple, 100 grammes d'une solution à 5 p. 0/0, l'auteur conseille de dissoudre 5 grammes de cocaïne dans 150 grammes d'eau distillée, d'évaporer au bain marie, pendant deux heures environ, jusqu'à ce que le liquide ait diminué d'un tiers ; on remplit de suite des flacons bouchés avec du coton stérilisé à 100° ; de cette manière, on obtient des solutions qui se gardent, sans se troubler, au moins un mois.

Quant à l'examen de la cocaïne, il faut qu'elle donne une solution incolore avec l'acide sulfurique, qu'elle se volatilise complètement sur la lame de platine et ne laisse pas, comme c'est le cas avec le sel impur, un résidu de sulfate de chaux.

(*Archives de pharmacie*).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE
et
SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRE DE PARIS

Conseil de Direction. (Résumé des procès-verbaux).

Séance du 21 janvier 1886.

Présidence de M. Wisner.

Correspondance. — Demande d'admission de M. Lépine père.

Le rédacteur en chef de la *Revue Dentaire* offre à l'Ecole 50 exemplaires du premier numéro de son journal pour être vendus au profit de l'Ecole.

Les élèves diplômés de l'année scolaire 1884-85 offrent à l'Ecole une lampe à projection.

Des remerciements sont adressés aux donateurs.

Plaintes contre des élèves de 2e et 3e année et contre un administrateur. — Nomination d'une commission d'enquête.

Démission et remplacement du comptable. — Peines disciplinaires contre deux élèves de 2e année.

M. Dubois, directeur-gérant du journal *l'Odontologie*, fait son rapport sur l'Administration et le fonctionnement du journal pendant l'année 1885. Le Conseil approuve le rapport, félicite M. Dubois de sa bonne gestion, et décide que le vote pour la nomination du directeur-gérant aura lieu après l'Assemblée générale.

M. Viau, au nom de la Commission du concours, donne lecture du règlement qui détermine les conditions du concours des professeurs suppléants d'odontologie et des chefs de clinique.

Le Conseil discute et adopte ce règlement et décide que le concours des professeurs suppléants aura lieu le premier dimanche de mai, et pour les chefs de clinique le troisième dimanche de mai.

Vote de diverses mesures administratives.

Voir pour le procès-verbal de la séance de l'Assemblée générale du 26 janvier le n° 58 de mars du journal l'Odontologie).

Séance du mardi 2 février 1886.

Présidence de M. Poinsot.

Le secrétaire-général donne lecture du procès-verbal de la séance de l'Assemblée générale du 26 janvier. — Le Conseil vérifie et valide les pouvoirs des 12 membres élus par l'Assemblée générale.

Le président de la séance ouvre, pour la nomination du bureau de la Société, pour l'année 1886, le scrutin qui donne les résultats suivants :

M. E. Lecaudey, président,
Poinsot, vice-président,
Viau, secrétaire correspondant,
Thomas, bibliothécaire,
Blooman, conservateur du musée.
M. Wisner, vice-président,
Godon, secrétaire-général.
Ronnet, trésorier.
Dubois, sous bibliothécaire.

M. Th. David est nommé directeur de l'École et M. Ch. Godon, sous-directeur pour l'année 1886.

Le Conseil de direction vote quelques modifications relatives au réglement intérieur du journal *l'Odontologie*, notamment la suppression du poste de rédacteur en chef et nomme le *comité de rédaction*

et d'administration du journal qui est ainsi composé : Aubeau, Blocman, Chauvin, Godon et Viau. M. Dubois est nommé directeur-gérant pour 1886.

La commission d'examen est ainsi eomposée : Barbes, Bioux, Blocman, Chauvin, Dugit, De Lemos, Gardenat, Gillard, Legret, Lemerle, Lowenthal, Ronnet.

La commission d'administration de la Société d'odontologie est ainsi composée : MM. Blocman, Bioux et Legret.

Le comité syndical, comité d'administration de la caisse de Prévoyance et *Conseil de famille de la Société* est ainsi constitué : Chauvin, Gardenat, Lemerle, Lowenthal et Wisner.

Le secrétaire-général fait part au Conseil de la visite qu'est venue faire à l'Ecole M. le docteur Harlan, professeur à l Ecole dentaire de Chicago.

Le trésorier annonce une nouvelle souscription de 100 fr., de M. Cornelsen, de Paris.

Il informe le conseil que MM. White de Philadelphie viennent de faire don à l'Ecole d'un tour à fraiser de Jonhston.

M. Ronnet est chargé d'adresser des remerciements aux généreux donateurs.

La commission des examens propose l'admission comme élèves de 1re année de MM. Bocquillon et Fabre. Le rapport est adopté.

La commission d'enquête sur les plaintes, adressées à l'administration de l'Ecole donne lecture de son rapport.

Les conclusions du rapport sont adoptées, ainsi qu'un ordre du jour de blâme contre l'élève avec affichage à l'Ecole. Vote d'un crédit pour l'achat d'une machine à celluloïd.

M. Lépine père, de Langon (Gironde), est admis membre de l'Association.

Séance du 23 février 1886

Présidence de M. Poinsot

M. le Dr David remercie le conseil de sa nomination comme directeur de l'Ecole pour l'année 1886.

MM. Schulten de Bâle, Lebigot, de Paris, Pozzo, de Madrid, demandent à faire partie de l'Association.

Le trésorier annonce la souscription de 100 fr. de M. Fernand Pozzo de Madrid, et de 50 fr. de M. Sintès d'Alger.

M. le professeur Ulysse Trélat, président honoraire de l'Ecole, offre pour la bibliothèque vingt livres de médecine et de sciences ; M. le Dr David quelques livres de médecine ; M. Maurou, élève de 3e année, un traité d'anatomie ; M. Dubois et M. Mourgues chacun dix livres traitant de la médecine et de l'odontologie.

Dss remerciements sont adressés aux généreux donateurs.

M. Godon annonce qu'il a présenté les bons souhaits de la Société à M. le professeur Paul Bert, président honoraire de l'Ecole, au moment de son départ pour le Tonkin, dont il a été nommé résident général.

M. P. Bert l'a assuré que quoique éloigné de l'Ecole il lui conserverait toujours sa sympathie et son appui.

M. Poinsot propose :

1° L'organisation d'un service dentaire à Saint-Gratien ;

2° L'organisation d'un cours spécial d'Odontologie pour les élèves de médecine navale de Brest ;

3° L'organisation d'un service de prothèse pour les malades de Sainte-Anne.

Ces propositions sont mises à l'étude d'une commission spéciale.

M. Godon donne quelques renseignements au sujet de la reconnaissance comme d'utilité publique de la Société.

Le Conseil nomme une commission pour étudier les divers projets d'achat d'immeuble pour l'Ecole qui lui ont été proposés et présenter à bref délai un projet définitif.

Sont nommés : MM. Dubois, Godon, Poinsot, Rounet et Viau.

Il est voté un crédit pour la création de modèles types nécessaires pour l'enseignement pratique de la prothèse,

M. Dubois appelle l'attention du Conseil sur le projet de réglementation déposé à la Chambre par M. Chevandier. Il pense que la Société doit intervenir pour faire modifier la partie du projet qui comprend l'art dentaire dans l'esprit des principes défendus par la Société depuis sa fondation.

Cette question est mise à l'ordre du jour de la séance suivante.

Le secrétaire général,

CH. GODON.

NOUVELLES

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa quinzième session dans la ville de Nancy, du 12 au 19 août prochain, sous la présidence de M. Friedel.

— M. Duvaux a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un rapport sommaire sur la proposition de M. Wickersheimer et plusieurs de ses collègues, relative à l'exercice de la médecine par les officiers de santé

— La Chambre des députés a pris en considération la proposition de loi de M. Duval (Haute-Savoie) et plusieurs de ses collègues, sur l'exercice de la pharmacie.

☞ L'Exposition d'hygiène urbaine, organisée par les soins de la Société de médecine publique d'hygiène professionnelle, a été ouverte le jeudi 6 mai à 2 heures de l'après-midi, à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel de Ville.

M. Dangletman, dentiste, autrefois établi à Naples, est prié de donner son adresse au bureau du Journal pour affaire avantageuse qui le concerne.

Si cette annonce ne lui parvient pas, on prie les personnes qui connaissent ou ont connu sa résidence de faire parvenir ces renseignements par la même voie.

Le Directeur Gérant : P. DUBOIS.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat.

VOL. 6. Paris, Juin 1886. N° 6

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR JUIN 1886

DU TRAITEMENT DES FRACTURES

DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, PAR L'APPAREIL DE MARTIN

Par M. Maurice POLLOSSON

CHIRUGIEN-MAJOR DÉSIGNÉ DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

I. *Description de l'appareil.* — II. *Ses avantages dans les fractures simples, dans les fractures rebelles. Observations.* — III. *Comparaison avec la suture osseuse. Explication de la difformité dans un cas particulier.* — IV. *Conclusions.*

J'ai traité quatre fractures du maxillaire inférieur pendant l'année 1883. Dans ces quatre cas, j'ai eu recours à l'assistance de M. Martin qui a bien voulu appliquer à mes malades un appareil ingénieux imaginé par lui. L'excellence des résultats obtenus m'engage à faire connaître ce mode de traitement qui, journellement employé dans les hôpitaux de Lyon depuis quelques années, n'a encore été l'objet d'aucune publication.

L'appareil de M. Martin rentre dans la catégorie de ceux qui prennent leur point d'appui à la fois sur les dents et la base de la

mâchoire. Dans sa disposition générale et son mode d'action, il n'est pas nouveau : ce qui le caractérise, ce sont des détails de construction que j'exposerai ici brièvement. M Martin donnera de plus grands développements et rapportera de nombreuses observations dans un ouvrage qu'il se propose de publier prochainement sur ce sujet.

L'appareil se compose : 1° d'une pièce buccale ; 2° d'une pièce mentonnière ; 3° d'un ressort qui réunit les deux pièces précédentes.



Pl. 1.

La pièce buccale (pl. 1) est en tôle d'acier laminé mince ; elle se moule exactement sur l'arcade dentaire inférieure. Pour obtenir cette adaption, on emploie le moyen suivant : On moule en plâtre suivant un procédé connu des spécialistes, les deux arcades dentaires, la supérieure aussi bien que l'inférieure ; cette dernière, sans avoir cherché à réduire les fragments. Le moule du maxillaire inférieur obtenu avec sa déformation, on le sectionne dans les points qui correspondent aux traits de fracture. On réunit alors les fragments en une seule et en bonne position, en les disposant de façon qu'ils correspondent au moule de la mâchoire supérieure. C'est d'après ce dernier moule, qui représente le maxillaire inférieur avant la fracture, qu'on modèle la pièce buccale en zinc laminé.

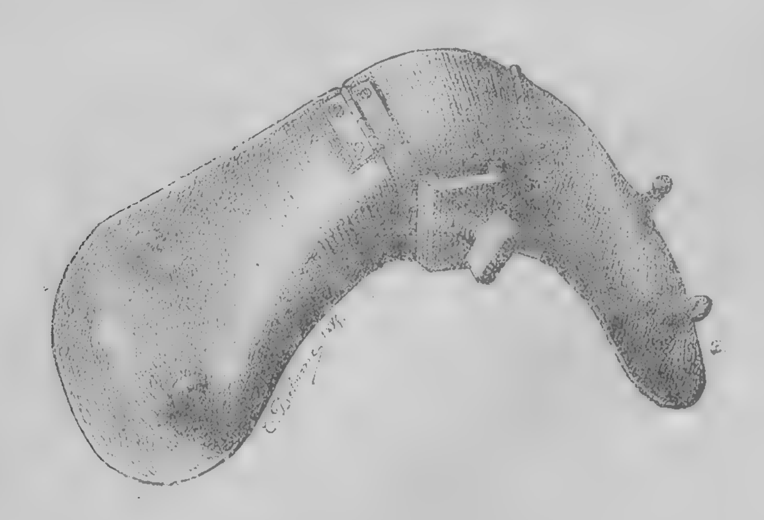
Dans quelques cas, M. Martin emploie deux pièces buccales qui s'emboîtent exactement. La première (planche 11) reste constamment en place et maintient les fragments ; la deuxième (planche 1) est soudée en ressort et peut être enlevée, modifiée dans sa position

sans que les fragments, maintenus provisoirement par la première, soient exposés à se déplacer.



Pl. 2.

Ces deux pièces sont perforées en divers points qui permettent d'entretenir la propreté des surfaces dentaires et gingivales.



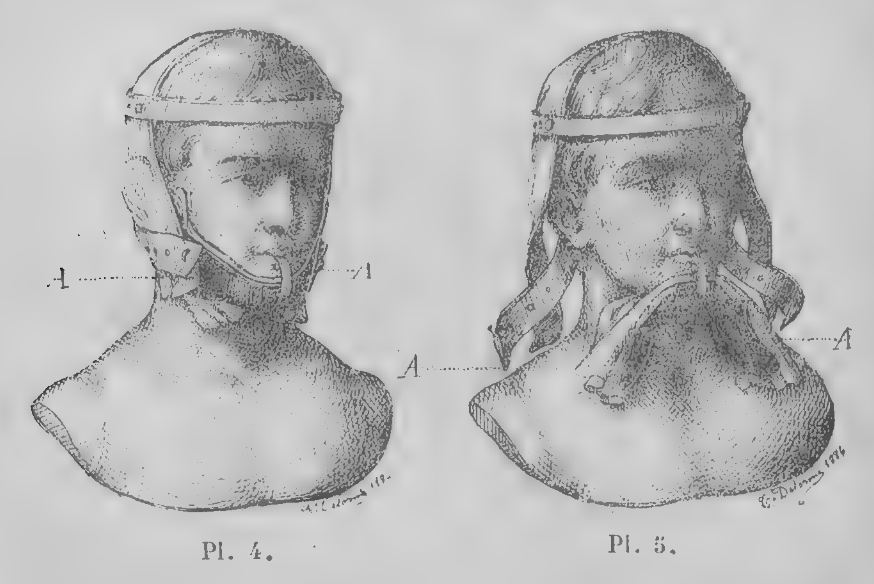
Pl. 3.

La pièce mentonnière (pl. III) est en tôle ou en zinc : elle embrasse le menton et plus en dehors la base de la mâchoire ; elle se compose d'une pièce médiane à laquelle se fixe le ressort et de deux ailes latérales qui peuvent s'abaisser grâce à une charnière. Ces ailes augmentent la surface de contre extension. Elles pré-

sentent à leurs extrémités deux petits crochets auxquels on fixe les bouts d'une bande de caoutchouc qui passe en anse sur le sommet de la tête et maintient solidement la pièce mentonnière, tout en permettant les mouvements de la mâchoire. Le but de la division de la pièce mentonnière en trois segments est de permettre les pansements et les lavages à la base de la machoire.

Le ressort (voir pl. 1) est une lame d'acier trempée de 12 millimètres de largeur sur un quart de millimètre d'épaisseur, recourbée en point d'interrogation, soudée en haut à la pièce buccale glissant en bas dans une coulisse de la pièce mentonnière contre laquelle la fixe une vis. Le ressort porte à la rencontre l'une de l'autre les deux pièces figurant une sorte de pince qui maintient la réduction. La courbure est telle qu'il abaisse fortement la partie postérieure de la pièce dentaire qui a à combattre la tendance à l'élévation du fragment postérieur Nous croyons cependant que son insertion à la partie antérieure de la pièce dentaire met un bras de levier bien long à la disposition des puissances élévatrices du fragment postérieur. M. Martin a essayé sans grand avantage deux ressorts latéraux venant se fixer sur la pièce dentaire, non loin de son extrémité postérieure. De fait, la tendance à l'élévation résiste dans les cas rebelles à l'action de l'appareil ; heureusement il existe un moyen accessoire absolument efficace dont nous allons bientôt parler.

L'application de l'appareil est des plus simples ; la réduction faite, on place la première pièce dentaire (pl. 11) qui s'adapte exactement puisqu'elle reproduit sa configuration, la deuxième



Pl. 4. Pl. 5.

(pl. 1) s'adapte par glissement sur la première. On fixe la pièce mentonnière au moyen d'un morceau de bande de caoutchouc

percée au niveau des crochets, après avoir fait un pansement si la fracture est compliquée de plaie cutanée (pl. IV et V).

Ordinairement, dans les fractures du maxillaire, la réduction, facile le jour de l'accident, devient pénible les jours suivants, puis s'effectue avec simplicité si on laisse passer un certain nombre de jours. Aussi, si on a dû laisser passer les premiers jours, est-il bon d'attendre une semaine avant d'appliquer l'appareil.

On a remarqué que la réduction dans certaines fractures du maxillaire inférieur est bien plus parfaite ou s'effectue seulement si la bouche est tenue ouverte. Profitant de cette observation, M. Martin conseille, dans les cas rebelles auxquels nous venons de faire allusion, de placer près de la commissure un coin (et le plus simple est un bouchon) qui maintienne la bouche ouverte ; souvent au bout de quelques jours d'emploi du bouchon, la difformité ne se reproduit plus. L'appareil, quand il est bien supporté, ce qui est la règle, reste en place tout le temps nécessaire à la consolidation. Les gencives tolèrent bien le moule buccal. Il est nécessaire de faire des lavages fréquents de la cavité buccale.

L'appareil n'est pas douloureux ; au contraire il fait cesser les douleurs. La salivation diminue. La mastication devient possible ; rarement de suite, ordinairement deux à quatre jours après l'application.

II. — La valeur clinique de ce moyen de traitement est incontestable ; non seulement il assure des consolidations rapides et remédie aux déplacements rebelles, mais il rend la vie facile pendant la durée du traitement en permettant aux malades de mâcher. A ce titre, il rend des services non seulement dans les cas compliqués, mais aussi dans les cas simples. Nous avons vu un de nos malades chez lequel M. Martin avait appliqué son appareil pour une fracture sans déplacement, constater le passage immédiat de l'impossibilité de mâcher à l'exécution de cet acte, si incontestablement utile et agréable Un deuxième avantage, dans les cas même simples, est la suppression de la douleur.

Mais le triomphe des appareils soigneusement construits embrassant les dents et le menton est dans les fractures avec déplacement considérable et rebelle, qui se consolident bien avec les moyens de contention ordinaires, mais se consolident dans des positions vicieuses qui entraînent une difformité très apparente et une gêne notable des fonctions de la mastication surtout, rendue difficile par le défaut de concordance des arcades dentaires.

A l'appui de ces assertions je citerai l'observation suivante recueillie dans mon service. M. Martin en possède un grand nombre se rapportant à des déformations égales ou plus accusées.

OBSERVATION.— C... Louis, voiturier, quarante-neuf ans, entré le 1er août 1884, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, service de M. Maurice Pollosson.

Le 28 juillet, il reçut à la mâchoire droite un coup de pied de cheval. A la suite, contusions des parties molles sans importance, fracture double maxillaire avec déchirure de la muqueuse. Les traits de

fracture passent, le droit en dehors de la première petite molaire droite ; le gauche, en dehors de la deuxième incisive gauche Le fragment médian est abaissé de 7 millimètres environ ; le fragment gauche a conservé sa position normale ; le fragment droit s'est porté en dedans, de façon que la deuxième petite molaire est directement en arrière de la première, et qu'il y a entre elles deux un intervalle de 6 millimètres. La reduction est possible, mais ne se maintient pas Au début, on se contente d'appliquer une fronde. Comme le malade souffre et que la déformation est grande, on prie M. Martin d'appliquer son appareil.

L'appareil est mis en place le 13 août. Pour faire la réduction, qui est difficile, on anesthésie le malade.

Le malade supporte bien son appareil et peut, après son application, manger des aliments solides. L'appareil est laissé en place jusqu'au 12 septembre 1884. Il sort de l'Hôtel-Dieu le 13 septembre avec une consolidation parfaite, tant au point de vue de la forme que de la solidité.

III. — Dans ces fractures du maxillaire inférieur, avec déplacement considérable et impossible à maintenir, réduit par les moyens simples, la chirurgie n'est pas désarmée ; elle a en main une ressource d'une grande valeur, la suture osseuse. Cette suture n'est ni difficile ni dangereuse, et elle a rendu de grands services. Mais, à résultat thérapeutique égal, le malade préférera un appareil facile à supporter et, atténuant les symptômes de la fracture, à une intervention même bénigne, qui ne remédie pas aussi bien à la gêne fonctionnelle Je crois, du reste, d'après ce que j'ai vu, que l'appareil de M. Martin remédie plus sûrement à la difformité. J'ai eu l'occasion de pratiquer une fois la suture osseuse, et je n'ai pas été aussi satisfait du résultat obtenu chez ce malade que de celui auquel on arrive avec l'appareil de M. Martin.

Je vais rapporter cette observation en y joignant quelques réflexions relatives à l'explication de la difformité dans ce cas particulier.

Il s'agissait d'un homme adulte qui, à la suite d'un coup reçu sur le menton, entra en août 1883 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec une fracture du maxillaire inférieur, portant sur la symphyse et partageant l'os en son milieu. La réduction très facile cessait dès qu'on lâchait les fragments. La moitié droite était en place, la gauche fortement portée en arrière et en bas.

Pour expliquer la direction de la déviation et sa récidive, on ne pouvait incriminer le trait de fracture exactement médian, ni la seule contraction musculaire qui s'exerçait à droite comme à gauche. Quant au mode d'action de la cause vulnérante, nous admettons volontiers que le choc ait projeté la moitié gauche en arrière et en bas ; mais pour que la déviation primitive, une fois corrigée, se reproduisit dans le même sens sans traumatisme, il fallait bien admettre autre chose que la direction initiale du choc et incriminer les désordres anatomiques qu'il avait produits. Or, on constatait à droite, en arrière des incisives, une déchirure de la muqueuse permettant l'introduction de l'index. Le doigt pou-

vait suivre à droite le bord inférieur et la face interne de l'os dénudé de son périoste et des insertions musculaires depuis la ligne médiane jusqu'au trou dentaire postérieur ; à gauche, rien de semblable. Je ne saurais dire comment le traumatisme a produit une pareille lésion ; mais il me paraît facile avec elle d'expliquer le déplacement par l'action des muscles. A droite, les muscles sus-hyoïdiens désintéressés n'avaient aucune prise sur le fragment qui restait en place : à gauche, les sus-hyoïdiens intacts tiraient le fragment correspondant en bas et en arrière.

Je reviens au traitement. Pour remédier au déplacement considérable et assurer la contention, je fis la suture osseuse. L'os percé au foret au-dessous des incisives fut traversé par un fort fil métallique, composé de plusieurs fils comme les cordes des ponts suspendus. La réduction, après l'opération et dans les premiers jours, était exacte et solide. Mais bientôt, par suite de l'ostéite raréfiante développée autour du fil, la suture se relâcha légèrement, et le fragment gauche se porta de nouveau en bas et en arrière, la consolidation se fit dans cette situation vicieuse, moins accusée toutefois que la déviation primitive, mais assez prononcée pour amener une difformité marquée et détruire la concordance des bords dentaires.

IV. CONCLUSIONS. — L'appareil de M. Martin, journellement appliqué dans les hôpitaux de Lyon, donne d'excellents résultats. Il convient même aux fractures simples ; dans ce cas, il permet la mastication et supprime la douleur pendant la durée du traitement.

Mais il est surtout précieux dans les fractures graves, incoercibles, compliquées ; il ne le cède alors à aucun autre moyen de contention, y compris la suture osseuse.

On peut lui reprocher d'exiger la main d'un spécialiste. M. Martin compte indiquer bientôt des modifications qui le mettront à la portée de tous les praticiens. En attendant, nous le remercions, au nom de nos malades, du dévouement avec lequel il leur consacre et son temps et les ressources de sa main habile et de son esprit ingénieux.

Lyon-Médical.

Contribution a l'étude des affections locales ou générales résultant de la présence des dents pathologiques dans la bouche

Par M. Poinsot

Communication à la Société d'odontologie de Paris.

Séance du 20 avril 1886

Messieurs,

L'année dernière, je me faisais un devoir de vous présenter un appel des plus vifs concernant cette importante question, je

m'appliquais surtout à ne vous en exposer que très sommairement la division principale.

Les recherches que je provoquais ont-elles abouti? Parmi-vous, se trouve-t-il quelques confrères (travailleurs timides) qui osent élever leur voix et nous faire part de leurs observations? Si oui, je vais vous donner l'exemple, je ne redoute pas que le petit travail auquel je me suis livré, soit de nature à effrayer aucun d'entre vous.

En effet, ce n'est pas par des phrases plus ou moins alignées que je me flatte de fixer votre attention, mais bien plutôt par des faits, je crois même que mon langage, exempt de toute prétention, saura vous intéresser autant que des discours dignes des chevaliers de la plume.

Vous vous souvenez sans doute, combien je me suis montré impitoyable pour tout organe dentaire dont les tissus profonds du cément ont éprouvé un état quelconque de décomposition, vous avez encore présent à l'esprit ce que je vous disais à propos du retentissement que ces dents pathologiques ont quelquefois sur l'organisme en général, et, presque toujours sur les organes voisins ou plus éloignés.

Dans cette ordre d'idée e ne puis passer sous silence un fait de cette nature qui est tout à l'honneur du docteur Galezowski : un malade, après avoir consulté plusieurs de nos célebrités médicales, sans succès, pour un rétrécissement pupillaire d'un œil, vint prendre l'avis de notre savant oculiste. Ce dernier, en l'absence de lésion du côté de l'œil, inspecta les dents du malade, l'une d'elles, une grosse molaire supérieure attira son attention, et quoiqu'elle ne fut pas du côté de l'œil affecté, il ordonna néanmoins son extraction.

Quelques jours après, et sans aucun autre traitement, le rétrécissement pupillaire avec ses troubles de l accommodation n'existait plus qu'en souvenir, tout avait disparu comme par enchantement.

Après ce fait d'un haut intérêt, que malheureusement nous n'avons pu étudier que très superficiellement, je puis vous donner quelques détails non moins intéressants et d'un intérêt au moins égal sinon supérieur.

Madame G..... tempérament nervoso-billeux, quelque peu uricémique, possédait dans la bouche plusieurs dents malades à différents degrés; deux de ces dents, entre autres, méritent que nous entrions dans quelques détails.

Une première grosse molaire supérieure gauche était atteinte d'une carie centrale — face triturante — du deuxième degré voisin du troisième, la pulpe n'était protégée que par une très mince couche de dentine; cette dernière n'assurait plus une protection suffisante à la pulpe qui s'était inflammée.

Grâce à une thérapeutique aussi douce qu'active, la pulpite fut jugulée et la dent mise en observation sous une couche de guttapercha. Dans un espace de cinq années environ, cette dent fut réobturée par le même moyen trois fois; il eût été possible, et même

cela était indiqué, d'employer d'autres produits assurant une plus longue durée à l'obturation ; mais la patiente, enchantée de la gutta percha (rouge), ne voulut pas autre chose.

A la même époque nous donnâmes également des soins à une première grosse molaire inférieure du même côté atteinte d'une carie du quatrième degré de la face antérieure qui s'étendait de la moitié supérieure de la couronne jusqu'au collet et du bord externe allant au delà de la chambre pulpaire. A la partie inférieure de la carie, la dent était tellement réduite que la lamelle intra-alvéolaire située entre les racines était à nu.

Jadis cette dent avait été obturée sur un nerf mort et la décomposition qui en était résultée avait amené dans l'organe de grands troubles semblables à ceux que vous avez pu remarquer dans les coupes que j'ai eu l'honneur de vous présenter il y a deux ans.

Nous avions suivi la thérapeutique indiquée dans nos cours et, de temps en temps lorsque, après avoir assaini les tissus pathologiques par le déplacement du gaz et des autres produits de la décomposition et après avoir saturé ces mêmes parties de produits antiseptiques, nous obturions avec de la gutta percha, nous étions à peu près tranquilles pour quelques mois.

Cependant il y a deux mois Madame G. revint pour une autre dent cariée au second degré et nous reparlâmes de la molaire inférieure susdite. Comme je demandais si cette dent n'amenait aucun accident de voisinage, il me fut répondu qu'à part un peu de congestion de la gencive rien de nouveau ne s'était produit; néanmoins, madame G. se plaignait d'une douleur névralgique du côté gauche correspondant au côté de nos dents malades.

Cette douleur était vive s'irradiant vers l'œil et dans tout le trajet du maxillaire supérieur, à l'œil la pression même modérée était perçue douloureusement et le passage d'une serviette nouvelle pour la toilette du matin était même assez pénible.

Malgré la distance qui séparait le siège de la douleur de la molaire inférieure, je crus néanmoins devoir donner le conseil de laisser extraire cette très mauvaise dent.

Madame G. qui a en moi grande confiance, se consulta intérieurement et me répondit qu'elle sentait que j'avais raison malgré le peu de vraisemblance du rapport entre les deux points en question et l'extraction eut lieu.

Il y a trois jours, je revis madame G. pour la cinquième fois depuis l'extraction, et voici ce qui se produisit. Peu après la douleur s'amenda de jour en jour et actuellement Madame G. peut appuyer sur tous les points de la face sans provoquer la moindre sensation, les douleurs de l'œil ont également disparu.

Les relations des dents et des yeux ont déjà eu beaucoup de défenseurs depuis Hancoot, qui, en 1860, publia une très intéressante communication sur ce sujet, depuis Galezowski s'est fait l'apôtre de cette doctrine et il a réussi par des faits à convaincre bien des esprits prévenus voir même hostiles. Nous même depuis 1866, nous suivîmes pas à pas les phases de cette importante question et

nous sommes de plus en plus convaincus du bien fondé des rapports pathologiques des dents avec les yeux.

Cependant la science ne se contentant pas d'affirmations, exige la preuve anatomique des faits cliniques, même de ceux qui ont été très rigoureusement observés.

Les faits cliniques seuls ont toutefois le mérite, restreint il est vrai, de fixer l'attention, de provoquer de nouvelles investigations et de conduire à la recherche de cette preuve scientifique sans laquelle la conviction ne peut s'établir.

A notre interprétation on opposait la non possibilité des causes agissant simultanément et sur le nerf dentaire et sur les nerfs optiques; si l'on invoquait l'action des réflexes, on répondait que ces données étaient très vagues et ne reposaient sur aucune base scientifique.

Cette importante question menaçait d'en rester là pour bien longtemps encore, lorsque parurent les travaux du docteur Chalbert, de Toulouse, sur les veines de la face. Grâce à ces travaux, les esprits les plus prévenus ne peuvent plus nier l'évidence; ils n'ont qu'à s'incliner, ce qu'ils feront de bonne grâce, je l'espère.

En effet le Journal des sciences médicales de Lille, du 20 février 1886, publie un très important article.

Dans cet article, l'auteur, M. le docteur Duret, professeur de clinique chirurgicale, rappelle les belles recherches de M. Chalbert, qui a démontré la corrélation des veines gingivales, alvéolaires et labiales avec les faciales et enfin la veine ophtalmique, puis il produit une observation de périostite alvéolaire suppurée ayant amené une phlébite de la veine ophthalmique droite.

Le malade Edouard V...... qui fait le sujet de cette observation, entre dans le service de chirurgie le 3 novembre 1885, pour un abcès périostique siégeant au niveau des incisives supérieures droite.

Malgré une intervention très énergique, dès le début, avulsion la dent, désinfection à l'aide de lotions et pulvérisations chloralées fortes du foyer buccal, incision préventive de la paupière et du tissu de l'orbite, révulsifs intestinaux, sangsues à la tempe, saignées, etc.; toniques, médicaments antiseptiques à l'int rieur, malgré tout, la scepticémie a suivi le sang dans son cours et a déterminé une mort rapide, tant sont graves les phlébites putrides ou infectieuses. Quel que soit leur siege, à la face ou aux membres, leur malignité est excessive.

A l'autopsie. Les centres encéphaliques sont enlevés; on ne trouve pas trait de pus à la base de l'encéphale, mais on constate un peu d'œdème cérébral. De plus, on trouve au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche un foyer de ramollissement ancien de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. A l'intérieur du cerveau, la veine de Galien et les veines choroïdiennes sont turgides, et il y a un peu de pus dans les prolongements sphénoïdaux ou ventricules latéraux. Le ventricule moyen est sain.

Au niveau des orbites, les veines frontales internes et préparates

sont turgides, et celles du côté gauche sont obstruées par un caillot fibrineux.

Le sinus caverneux droit est rempli par une masse séro-purulente, qu'on trouve encore, ainsi que des caillots et du putrilage dans le sinus fictueux supérieur, le sinus latéral et le sinus transverse. Au niveau de ce dernier, le pus est en assez grande quantité pour qu'on puisse l'enlever avec le manche d'un bistouri.

Le sinus caverneux gauche, jusque dans le sinus pitreux, présente à peu près les mêmes désordres.

A l'enlèvement de la voûte orbitaire gauche, on se trouve en présence d'un véritable putrilage. Les veines ophthalmiques supérieures de ce côté sont moins développées qu'à l'état normal, mais, dans l'intérieur de l'orbite, on trouve une veine dont le calibre est aussi fort que celui de la radiale, oblitérée par un caillot. On remarque enfin que le tissu cellulo-adipeux de l'orbite est épaissi et induré, comme s'il avait subi un certain degré d'inflammation.

On fait alors une incision verticale à la partie interne de la joue droite, afin de rechercher l'état de la veine faciale. La veine angulaire de ce côté est énorme et distendue par le pus, et cet état se continue en bas jusque sur les côtés de l'aîle du nez, et en haut jusqu'à l'angle interne de l'œil, où le pus se trouve en plus grande quantité. En suivant en bas la veine jusqu'au niveau du bord inférieur de la lèvre supérieure, on trouve un caillot se continuant avec le décollement purulent observé en cet endroit pendant la vie. En haut, l'angulaire communique avec la veine préparate, qui contient aussi du pus.

Dans la cavité de l'orbite droit on trouve à la partie supérieure, au niveau du droit supérieur, une veine blanchâtre gonflée de pus et communiquant en avant avec la préparate de l'angulaire, en arrière avec les sinus caverneux.

Quant au sinus maxillaire, il ne contient aucun liquide pathologique.

Il ressort de ces faits que nous étions fondés à affirmer que le principe virulent formé et contenu dans les organes dentaires morts, peut atteindre un degré de toxicité extrême, toxicité beaucoup plus énergique que dans toute autre partie de l'économie, et que ces produits extra-septiques peuvent retentir sur des régions plus ou moins éloignées de leur point de production par le trajet des veines.

En conséquence, notre rôle devient de plus en plus important en raison des services que nous sommes appelés à rendre à l'humanité, en conjurant par notre science spéciale des maux qui, trop souvent, hélas ! ne sont constatables que lorsqu'il est trop tard pour y porter remède.

ANOMALIE D'ARRANGEMENT

A LA MACHOIRE SUPÉRIEURE AYANT PROVOQUÉ A LA MACHOIRE INFÉRIEURE UNE PÉRIOSTITE TRAUMATIQUE AVEC ÉBRANLEMENT DE LA DENT.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.
Séance du 20 *avril* 1886
par CH. GODON.

Au mois de mars 1885, M. et Mme V. m'amenèrent une de leurs filles Mlle V. âgée de seize ans environ pour examiner sa bouche. Cette jeune fille semblait jouir d'une bonne santé et n'accusait aucune maladie grave.

La bouche très grande, contenait des dents saines et blanches mais d'un assez fort volume.

La mâchoire supérieure présentait une anomalie d'arrangement. (Classification de Tomes) :

L'incisive centrale et l'incisive latérale gauches étaient un peu en dedans de l'arcade ; la face médiane de l'incisive centrale gauche rentrait d'un millimètre et demi environ sous la face médiane de l'incisive centrale droite. La canine gauche, très en dehors de l'arcade, sa couronne un peu au-dessus de la couronne de l'incisive latérale dont elle pressait la face distale.

La mâchoire inférieure présentait une anomalie d'arrangement d'une autre variété :

La canine et les deux incisives droites et l'incisive centrale gauches étaient couchées de gauche à droite et de bas en haut, laissant entre l'incisive centrale gauche et l'incisive latérale du même côté un espace vide en forme de V dont l'ouverture avait environ 5 à 6 millimètres à la hauteur de la face triturante des dents, et au collet 3 millimètres environ.

L'incisive centrale inférieure gauche allongée était très ébranlée et déchaussée à environ 2 millimètres de son collet. La gencive décollée sur presque toute la longueur de la racine, était d'un rouge violacé et donnait en pressant légèrement un peu de pus.

Cet écart et cet ébranlement, qui allaient chaque jour en s'accentuant existaient depuis plus de deux ans. Quelle en était la cause ?

En examinant attentivement ce cas, je remarquai que le coin médian de la face triturante de l'incisive centrale supérieure gauche (anormalement placée) venait porter sur le coin distal de l'incisive centrale gauche — de la mâchoire inférieure ; — que, par conséquent chaque fois que la patiente fermait la bouche, son incisive supérieure venait frapper l'incisive inférieure sur le côté et la pressait ainsi à droite ; que si l'arrangement irrégulier des incisives supérieures avait produit cette anomalie, elle n'avait été qu'en s'exagérant lors de l'éruption de la canine supérieure gauche qui, trouvant avec peine sa place, avait repoussé les incisives supérieures, chassé davantage en dedans de l'arcade l'incisive centrale supérieure et par suite augmenté l'anomalie d'arrangement des

dents inférieures et par traumatisme ébranlé l'incisive centrale inférieure gauche.

En effet, l'ébranlement et le déchaussement de l'incisive centrale inférieure gauche étaient dus à un traumatisme persistant depuis plus de deux ans, et provoqué par l'arrangement anormal des dents de la mâchoire supérieure et plus particulièrement de l'incisive centrale gauche.

Je posai des appareils de prothèse pour ramener toutes ces dents dans leur position normale.

Pour le bas, je procédai d'abord à l'aide de simples ligatures en fil de soie qui agirent assez rapidement et que je pus bientôt remplacer par un appareil de contention en vulcanite, avec un fil d'or passant devant les dents et les maintenant en place.

Pour le haut, je fis un appareil en vulcanite rehaussant l'articulation et qui 1° a l'aide des chevilles mobiles de Godart chassa les incisives et la petite molaire en dehors, et 2° à l'aide d'un fil d'or faisant ressort et pressant sur la couronne de la canine, la faisait rentrer et prendre sa place dans l'arcade ; le redressement du haut fut plus long que celui du bas, la jeune fille s'étant trouvée par suite de circonstances étrangères au traitement dans l'impossibilité de porter son appareil une partie de la journée.

J'obtins cependant au point de vue de l'arrangement un résultat très satisfaisant comme vous pouvez en juger par les modèles que je vous présente et que je dépose au musée de l'Ecole.

Quant à la dent ébranlée, la périostite datait depuis trop longtemps, le traumatisme avait trop duré et malgré le traitement approprié, les badigeonnages à la teinture d'iode et d'aconit, les lavages antiseptiques de la gencive, les scarifications, pointes de feu, etc., elle est restée toujours ébranlée et je crois qu'elle finira par tomber.

Je dois ajouter du reste que le père et la mère ont perdu chacun une dizaine de dents par suite d'ostéo-périostite ; ce qui peut faire présumer chez la fille un terrain tout préparé au développement de certaines affections dentaires. Quoi qu'il en soit, j'ai tenu à présenter l'observation suivante non pas au point de vue du traitement d'un redressement, mais, par suite des conséquences qu'a produites dans ce cas l'arrangement anormal des dents.

UNE NOUVELLE POMPE A SALIVE

par M. Paul Dubois

Communication à la Société d'Odontologie

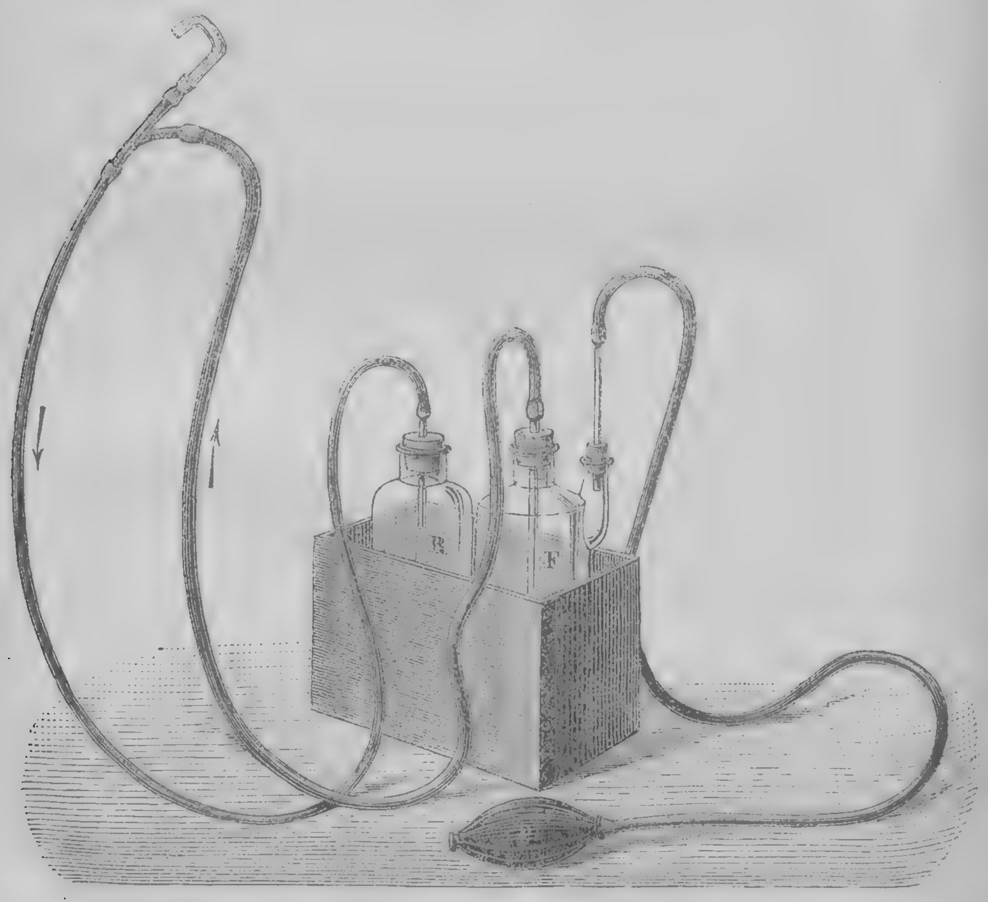
Séance du 23 mars 1886.

Je vous présente une pompe à salive, qui est une modification de celle de M. Michaëls que vous avez pu apprécier l'année dernière.

Elle ont cela de commun qu'elles sont toutes deux une adaptation à nos besoins d'un appareil de physique bien connu : le syphon : le mode d'expulsion de l'air, de réception du liquide, et l'embouchure les font différer.

On sait, que si on a fait le vide dans un tube on peut tranvaser par son canal, le liquide d'un récipient supérieur dans un récipient inférieur. La bouche peut être considérée comme le premier, un bocal placé sur le parquet comme le second. Le remplacement de l'air par l'eau dans le tube peut se faire de bien des manières. M. Michaëls amorçait son syphon en aspirant avec la bouche à l'extrémité supérieure du tube, l'eau contenue dans le bocal, comme cette extrémité est aussi celle qui fait écouler la salive on sent les inconvénients de ce mode de procéder.

J'ai pensé qu'il serait plus commode et plus propre, d'amorcer le syphon par des moyens moins personnels, moins directs.



L'air venant de la poire presse sur l'eau contenue dans le flacon F, la fait monter jusqu'à l'embouchure et assure l'amorcement immédiat. La salive s'écoule par un autre tube en caoutchouc dans le récipient R.

Au lieu d'aspirer le liquide, on peut le faire monter en pressant sur sa surface supérieure, cela peut s'obtenir aisément par la pression de l'air amené par une poire adaptée à un tube pénétrant dans le bocal, sans pénétrer dans l'eau ; l'ascension de l'eau chasse l'air et assure le fonctionnement immédiat de la pompe.

Telles sont les dispositions essentielles de cette pompe. Afin d'éviter que l'eau qui remonte dans le tube, et dont une petite quantité peut aller jusqu'à la bouche, soit celle qui a été polluée par la salive recueillie précédemment, j'ai disposé la canule de manière à ce que la salive ne soit pas recueillie dans le même récipient, que celui qui contient l'eau destinée à amorcer le syphon. La canule est en verre et peut être changée pour chaque client

Je vais faire manœuvrer cette pompe devant vous et vous vous rendrez compte de sa simplicité et de son efficacité. Un ou deux flacons, du tube de caoutchouc, une canule aspiratrice et une poire suffisent donc pour faire une pompe à salive toujours prête à fonctionner.

Pour quelques francs de dépense on aura un appareil utile. Il est vrai que la pompe a salive, et celle-ci comme les autres, ne peut rendre que des services limités ; elle n'assure pas l'exclusion absolue de la salive, elle n'empêche pas le suintement par exemple, car il faut une certaine quantité de liquide pour qu'elle agisse, mais malgré cela pour les opérations sur la mâchoire inférieure qu'on ait placé ou non la digue la pompe à salive rendra de grands services, quand l'eau menace d'envahir le champ opératoire, malgré la digue, et aussi, en empêchant l'écoulement de la salive sur les vêtements du patient.

La pompe imaginée par M M. Ronnet et Tralero donnait d'assez bons résultats, l'inconvénient de son emploi résidait dans la nécessité du concours du patient qui exécutait mal ou à contre temps la pression sur la poire. Je pense qu'il y a progrès dans la pompe que je vous présente ; si elle n'est pas absolument automatique l'intervention de l'opérateur est réduite à son minimum.

CONDITIONS D'INNOCUITÉ DE L'ANESTHÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE PUR

(*Suite*)

Par le docteur A. Aubeau,

Professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

Urines émises 5 heures aprèsl'anestésie. — *Obs. XXI.* — 5 février, 10 h. 1/4 du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, par la méthode des appels, chez M. Hélot. Homme de 37 ans. Extraction des quatre incisives supérieures. Insensibilité complète Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par

M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXII. — 6 février, 9 heures du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, par la méthode des appels, chez M. le Dr Sicard. M. le capitaine de cavalerie M.., 38 ans (voir Obs. XVII). Extraction de la dent de sagesse inférieure droite. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre, ni albumine.*

On remarquera que ce malade a été anesthésié le 2 février, et que ses urines ne contenaient pas plus de sucre la première fois que la seconde.

Obs. XXIII. — 6 février, 9 h. 1/2 du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, par la méthode des appels, chez M. le Dr Sicard. Femme de 24 ans. Extraction de la canine et de la première petite molaire supérieures droites. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. Ni sucre, ni albumine.

Obs. XXIV. — 7 février, 5 h. du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur; méthode des appels, chez M. Hélot. Femme de 30 ans. Extraction de trois racines de molaires du bas. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 4 h. 1/2 après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. Ni sucre, ni albumine.

Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Cette malade a déjà été anesthésiée deux jours auparavant (voir Obs. XX). Elle n'a eu de glycosurie ni après la première, ni après la seconde anesthésie.

Obs. XXV. — 7 février, 5 h. 1/4 du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur; méthode des appels, chez M. Hélot. Homme de 31 ans. Extraction de deux grosses molaires. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5h. après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXVI. — 8 février, 9 heures du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, etc., chez M. Wiesner. Jeune fille de 16 ans, extrêmement nerveuse et anémique. Extraction de la première petite molaire supérieure droite. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 4 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXVII. — 8 février, 5 heures du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, etc., chez M. Godon. Femme de 35 ans. Extraction d'une grosse molaire. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXVIII. — 9 février, 5 heures du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, etc., chez M. Viau. Femme de 30 ans. Extraction de la dent de sagesse inférieure gauche. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXIX. — 11 février, 10 heures du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, etc., chez M. le Dr Bing. Jeune homme de 17 ans. Extraction de deux dents. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXX. — 24 février, 9 heures du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels Chez M. Butlin. Femme de 42 ans, extrêmement nerveuse et pusillanime. Extraction de deux dents. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXXI. — 25 février, 5 heures du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote. Méthode des appels. Chez M. P. Dubois. Jeune femme de 23 ans. Extraction de deux dents. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 *heures après l'anesthésie.* — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXXII. — 27 février, 9 heures du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Ronnet. Homme de 47 ans. Embonpoint marqué, mais cœur sain. Extraction de trois dents. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises heures apres l'anesthésie. — En raison de l'embonpoint du malade, nous transcrivons complètement l'analyse de M. F. Vigier. Cet examen n'indique d'ailleurs aucune modification importante.

Réaction	Acidité prononcée.
Couleur.......	Jaune claire.
Aspect	Limpide.
Densité........	1,027 (normale, 1'021 pour les hommes).
Albumine	Néant.
Sucre	Néant par les réactifs et au saccharimètre.

Urée.......... 28 gr. 80 centig. par kilo.
Acide urique .. 055 centigr.

Obs. XXXIII. — 1 mars, 5 heures du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Viau Homme de 25 ans. Extraction de petite molaire supérieure et trépanation d'un kiste du sinus maxillaire. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXXIV. — 5 mars, 5 heures du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Viau. Femme de 32 ans. Extraction de deux grosses molaires. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXXV. — 5 mars, 5 h. 1/4 du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Viau. Homme de 34 ans. Extraction de racines de la seconde grosse molaire inférieure droite. Périostite suppurée. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Sucre néant*, albumine néant.

Obs. XXXVI. — 6 mars, 8 heures du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. le Dr Combe. Jeune fille de 16 ans. Extraction d'une grosse molaire. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 h. 1/2 après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. Ni sucre, ni albumine.

Obs. XXXVII. — 11 mars, 5 heures du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Viau. Femme de 33 ans. Extraction de la première grosse molaire et de racines inférieures gauches. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXXVIII. — 12 mars, 10 heures du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Tusseau. Jeune fille de 18 ans. Extraction de la seconde grosse molaire inférieure droite. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XXXIX. — 16 mars, 5 heures du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Lefebvre. Homme de 52 ans. Extraction de trois dents. Insensibilité complète.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XL. — 18 mars, 1 heure après midi. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Pigis. Homme de 32 ans. Extraction de deux dents. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 20 *avril* 1886.

Présidence de M. Poinsot.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

I. Kyste folliculaire. — II. Les accidents occulaires d'origine dentaire. — III. Fracture spontanée d'une dent. — IV. Traitement d'un abcès du sinus. — V. Un cas de redressement. — VI. Un service dentaire dans l'armée.

I. Kyste causé par le follicule, de la canine supérieure.

M. Mousis. — Le 19 janvier 1886, je vis Mlle X... âgée de 20 ans, qui se plaignait d'avoir une grosseur dans le sillon gingivo-labial; j'examinais la bouche et constatais au maxillaire supérieur et dans la région de la fosse canine une grosseur remplissant à peu près cette cavité; je pensais que cette tumeur n était autre qu'un kyste causé par la follicule de la canine ayant évolué en sens inverse; et ce qui portait surtout à le croire, c'était l'absence de cette dent.

En interrogeant cette personne j'appris que la chute des dents temporaires s'était effectuée régulièrement et que ces d nts avaient été remplacées sauf la canine.

La malade fut présentée à M. Poinsot qui lui-même confirma ce diagnostic; il fit une incision verticale sur la tumeur, ce qui permit l'écoulement d'un liquide kystique, je fis des injectionsl phéniquées au 100e, puis je plaçais des mèches de coton dans la plaie afin d'en écarter les bords; deux jours après je présentais la malade au docteur Lewet lequel fit à l'aide d'une sonde une exploration dans la cavité qui eût pour résultat de nous faire constater la présence d un corps dur et lisse donnant à la percussion un son analogue à celui produit par le choc d'une dent. je continuais les dilatations des bords de la plaie et ce ne fût qu'au bout de quelques jours que je pus voir la dent, cependant il était encore impossible de l'extraire en raison de la position transver-

sale qu'elle occupait, la couronne étant placée au niveau de l'extrémité de la racine de la petite incisive.

Le samedi suivant les parties molles étant assez écartées M. Poinsot décida l'extraction de cette dent, les difficultées opératoires étant néanmoins très grandes, l'on anesthésia la malade au chloroforme, puis à l'aide d'un davier bayonnette on en fit l'avulsion.

La dent était complètement saine, exempte de carie ou de nécrose, malgré son long séjour dans le liquide contenu dans la poche kystique; M. le docteur Lewet pensa pouvoir en faire la réimplantation, mais l'espace compris entre l'incisive latérale et la première prémolaire étant insuffisant, il dût abandonner cette idée, ou se borna donc à ordonner des injections antiseptiques dans la cavité.

J'ai revu la malade il y a huit jours, la plaie est complètement guérie et la distance qui résulte de l'absence de la canine est presque nulle, les dents voisines ayant en partie comblé le vide.

M. *Aguilhon de Saran* dit qu'il existe une description très exacte de cette variété de kystes par Legros et Magitot, il s'offre de présenter à la société un cas à peu près semblable.

M. Poinsot fait une communication sur les accidents oculaires d'origine dentaire. (Est publiée dans le corps du journal).

M. le Dr Aguilhon de Sarran a souvent lu des observations relatant des accidents de l'œil d'origine dentaire. Il faut remarquer que les accidents observés sont de deux ordres : septiques et nerveux. A son avis, la septicémie se conçoit très bien ; mais il ne croit pas aux accidents reflexes du côté de l'œil, les nerfs de cet organe n'ayant aucun rapport.

M. Aguilhon de Sarran ajoute qu'il n'en est pas de même pour la conjonctive qui souvent est congestionnée à la suite d'une violente odontalgie. Selon lui, l'amélioration qui se produit à la suite d'une extraction de dent, doit être attribuée à l'émission sanguine qui s'en suit.

M. Poinsot affirme avoir constaté lui-même deux cas bien frappants où le malade a recouvert immédiatement l'usage de ses yeux à la suite d'une ou plusieurs extractions de mauvaises dents. Il ajoute que sa communication n'a pas pour but d'éclaircir un point d'anatomie, mais de bien montrer les dangers qu'il y a à conserver les dents mortes dans la bouche.

III. IV. — *M. Blocman* entretient la société d'un nouveau cas de fracture spontanée; il regrette de ne pouvoir présenter l'organe, la malade n'ayant pas voulu accepter l'opération. M. Blocman donne ensuite quelques renseignements sur un abcès du sinus, qu'il soigne dans sa clientèle; il s'est très bien trouvé de l'emploi d'un petit appareil en caoutchouc, muni d'un petit tube en or pénétrant jusque dans le sinus, et qui permet l'écoulement des liquides pathologiques.

M. Dubois. Il y a déjà deux ans que j'ai fait faire un petit appareil semblable pour les abcès du sinus. Celui que M. Fanton

a exécuté pour le musée de l'Ecole a été fait sur mes indications, pour un malade de la clinique.

Nous ne devons pas oublier que le sinus maxillaire peut être le siège d'affections bien diverses, et que, non seulement toutes les formes de l'inflammation peuvent s'y produire, mais encore toutes les variétés de néoplasmes. Ceci explique le succès rapide du traitement ou ses difficultés exceptionnelles. Je ne crois pas bon de laisser fermer trop tôt la fistule osseuse, il y a tout avantage à ne le faire que lorsque la muqueuse est revenue à l'état de santé; sans cela on pourrait craindre les récidives.

M. Meng. — M. Dubois dit-il? qu'il est l'inventeur de l'appareil qu'on nous décrit, et le premier qui s'en soit servi pour les abcès du sinus?

M. Dubois. — Nullement, je ne sais si on l'a fait avant moi. Je fais simplement remarquer que le modèle qui est au musée de l'Ecole et que M. Blocman a reproduit, a été construit sur mes indications.

V. — *M. Godon* présente un cas de redressement (publié dans le corps du journal).

VI. — *M. Dubois*, au nom de M Pillette et au sien, présente un projet d'organisation d'un service dentaire dans l'armée, et demande l'appui de la Société pour présenter ce projet à qui de droit. (Voir Odontologie, avril 1886).

M. Godon propose l'ordre du jour suivant qui est voté à l'unanimité.

La Société d'Odontologie de Paris, considérant l'importance d'un service dentaire dans l'armée, approuve le projet de MM. Dubois et Pillette, et le recommande au ministère de la guerre, pour qu'il assure sa prompte réalisation.

La séance est levée à 11 h. 1|2.

L. Bioux

REVUE DES SOCIÉTES SAVANTES

L'ataxie locomotrice, l'ostéo-périostite et les parasites.

Note sur les altérations des dents dans l'ataxie locomotrice

par le Dr V. Galippe

(Société de Biologie, séance du 8 mai).

« En 1882, à propos d'observations publiées par M. Demange, de Nancy, sur la chute spontanée des dents dans l'ataxie locomotrice, nous avions émis (1) quelques doutes sur le rôle exclusif que l'on faisait jouer à cette maladie.

Les lésions observées du côté du trijumeau, et les troubles

(1) *Journal des connaissances médicales.*

fonctionnels pouvant en résulter, nous paraissaient bien plutôt de nature à créer un terrain, c'est-à-dire à favoriser le développement d'une maladie connue sous le nom d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Cette affection que j'ai étudiée avec M. Malassez est produite par un ou plusieurs parasites. Elle est caractérisee par l'ébranlement et la chute des dents, s'accompagnant d'une suppuration plus ou moins abondante, et de la destruction du rebord alvéolaire. Souvent le rebord alvéolaire s'élimine à l'état de fragments plus ou moins considérables, mais la réparation se fait vite. — Il n'en est pas toujours de même chez les ataxiques, comme nous le verrons tout à l'heure.

Nous avions été fortifié dans nos doutes par l'examen de la bouche d'une centaine d'ataxiques observés dans les services de MM. Debove, Raymond, Landouzy, Luys, Charcot.

Les signes cliniques observés nous paraissaient si voisins de ceux que l'on constate dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, qu'il nous eût été impossible par l'examen seul des lésions produites, d'établir un diagnostic différentiel.

Nous avions du reste un moyen sûr de rapprocher ces lésions l'une de l'autre, de les identifier, ou de les différencier.

M. Malassez et moi nous avions constaté la présence, dans les dents atteintes d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, de parasites ayant envahi la dent par le cément.

Il est bien évident que si dans l'ataxie locomotrice la chute des dents, qui est loin d'être une règle absolue, pouvait être attribuée exclusivement à des troubles trophiques, on n'y trouverait point de parasites. Le contraire démontrerait que le mécanisme de leur chute serait très voisin sinon identique à celui observé dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.

Bien que les ataxiques perdent fréquemment les dents du maxillaire supérieur, il est très difficile de s'en procurer, soit que ces dents soient avalées ou que les malades n'appellent point l'attention du medecin sur cet accident.

Il m'a fallu attendre longtemps avant de pouvoir vérifier mon hypothèse. C'est grâce à l'obligeance de notre collègue et ami M. Féré que j'ai pu me procurer des dents d'ataxique tombées spontanément.

La compétence toute spéciale et si appréciée de notre collègue rend superflue toute discussion du diagnostic.

L'examen de ces dents par la méthode que j'avais déjà suivie avec M. Malassez pour l'examen de celles tombées à la suite de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, nous a conduit au même résultat.

Les dents tombées spontanément dans l'ataxie locomotrice sont envahies par les parasites.

M. Malassez a bien voulu examiner mes préparations et me donner avec sa bienveillance habituelle les conseils techniques dont j'avais besoin.

L'examen microscopique seul ne permet pas de différencier les

lésions non plus que les parasites, des lésions et des parasites observés dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. C'est seulement à l'aide des cultures que l'on pourra les identifier ou les différencier. Le fait n'en est pas moins établi. il démontre que c'est par un véritable abus de mots qu'on a pu dire que les dents des ataxiques tombaient absolument intactes.

La chute de la dent ne peut se faire sans qu'il y ait des lésions du cément, attendu que les faisceaux ligamenteux maintenant la dent solidement fixée au maxillaire supérieur pénètrent dans le cément et que leur destruction ne peut se faire sans l'intervention d'un travail pathologique intense.

Sur les nombreux ataxiques dont j'ai pu examiner la bouche, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer les altérations spécifiques des dents dont quelques rares auteurs font mention.

Comme j'ai eu l'occasion de l'indiquer plus haut, la réparation des lésions produites par la chute des dents ne se fait pas toujours chez les ataxiques. Dans l'ostéo-périostite alvéolo dentaire, on voit des malades perdre des fragments de rebord alvéolaire, souvent très volumineux ; ces séquestres provoquent une suppuration abondante. Après leur chute ou leur extraction la cicatrisation s'opère rapidement. Généralement les choses se passent de même chez les ataxiques. L'observation suivante montre cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi :

Le nommé P... âgé de 53 ans, était dans le service de M. Debove, à Bicêtre, en 1883. Ce malade avait perdu ses dents par le mécanisme ordinaire et sans jamais en avoir souffert dans l'espace de cinq ou six mois. Elles devenaient branlantes puis se détachaient sans effort. Il ne restait plus qu'une molaire à la mâchoire supérieure. Le maxillaire inférieur était garni de toutes ses dents. Ce malade présentait à droite et à gauche du maxillaire supérieur deux ouvertures communiquant avec les deux sinus; elles s'étaient formées à la suite de la chute des dents. Il est probable que la seconde petite molaire ou la première grosse molaire avaient l'extrémité de leurs racines plongée dans les sinus.

Cette double et large communication accidentellement établie entre la cavité buccale et les sinus maxillaires avaient pour conséquence de rendre presque impossible la déglutition des aliments liquides et des boissons proprement dites. Ceux-ci faisaient retour par les fosses nasales, ce qui incommodait beaucoup le malade.

Il fut fait ensuite un appareil prothétique, cela n'intéresse ni la science ni la pratique et nous ne reproduisons pas cette partie de la communication. »

La communication de M. Galippe, à la société de Biologie, soulève plusieurs questions. 1° Quelle est la cause de la chute des dents dans l'ataxie locomotrice? 2° Quelle est la cause de l'ostéo périostite alvéolo-dentaire? Cette dernière est traitée incidemment, nous ferons de même.

Nous différons d'avis avec notre savant confrère, et puisque ses

assertions n'ont pas été discutées devant la société de Biologie, nous croyons nécessaire de le faire dans ce journal.

Les travaux de M. Charcot, sur les maladies du système nerveux, sur leurs manifestations protéiformes, ont donné naissance à des travaux complémentaires qui éclairent nombre de phénomènes pathologiques restés jusque-là obscurs. Tout d'abord, qu'il nous soit permis de retracer en quelques lignes les données actuelles sur la question. Nous en emprunterons les éléments à une excellente thèse (*Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice par Hay. Margirandière, Paris* 1883.)

M. Charcot avait dit : « Les lésions de l'axe cérèbro-spinal « retentissent fréquemment sur les diverses parties du corps, et y « déterminent par la voie des nerfs, des troubles variés de la « nutrition. Ces affections secondaires constituent un groupe « pathologique des plus intéressants.

« Les lésions consécutives, dont il s'agit, peuvent frapper la « plupart des tissus et occuper les régions du corps les plus « diverses. La peau par exemple, le tissu cellulaire, les muscles, « les articulations, les os eux-mêmes ou enfin les vicères » (Leçons sur les maladies du système nerveux). Plus tard M. Vallin, M. Demange, signalèrent les désordres buccaux observés sur des tabétiques.

M. Demange fit l'autopsie des deux malades qu'il avait eu dans son service, et le trouble trophique sembla être la cause de ces désordres. Dans une communication à l'Association française pour l'avancement des sciences, M. David nota aussi des lésions spéciales. Les observations qui font la base de son travail n'ayant pas été publiées, nous ne nous appuierons que sur celles de MM. Demange et Vallin, qui sont à nos yeux décisives en la matière. Voyons les différences.

Pour M. Galippe, l'ataxie locomotrice n'aurait pour conséquence, sur l'appareil dentaire, que de créer une prédisposition à l'ostéo-périostite.

« Les lésions observées du côté du trijumeau, et les troubles « fonctionnels pouvant en résulter, nous paraissaient bien plutôt « de nature à créer un terrain, c'est-à-dire à favoriser le dévelop- « pement d'une maladie connue sous le nom d'ostéo-périostite « alvéolo-dentaire » et plus loin. « Il est bien évident que si dans « l'ataxie locomotrice la chute des dents, qui est loin d'être une « règle absolue, pouvait être attribuée exclusivement à des « troubles trophiques, on n'y trouverait point de parasites. »

Pourquoi pas? Si le parasite n'apparaît qu'à la suite du mauvais état de la bouche, de la pyorrhée alvéolaire, s'il n'est qu'un épiphenomène, sa présence nous est fort bien expliquée, sans que pour cela on puisse lui atttibuer toutes les perturbations qu'on onstate.

La chute des dents n'est pas le seul désordre observé sur le

tégument, la déformation, la chute des ongles s'observent aussi. Invoquera-t-on pour eux l'action du parasite? Cela serait difficile. En étudiant les observations de M. Demange on verra mieux, pensons-nous, la nature et la cause de ces désordres. Voici les passages qui concernent les dents et l'état des trijumeaux :

Thomas, cinquante-trois ans, entre à l'hôpital Saint-Julien, à Nancy, le 8 février 1879, service de M. Demange, il a tous les caractères des ataxiques. « Les dents du maxillaire inférieur sont « à peu près intactes, quelques-unes sont cariées. Toutes celles « du maxillaire supérieur sont tombées, il ne reste point de « racines ; les alvéoles sont refermées par les gencives.

« Le malade nous apprend que la chute des dents du maxil- « laire supérieur est arrivée il y a quatre ans ; toutes sont tombées « en l'espace de deux mois, les unes après les autres Elles sont « devenues vacillantes, puis sont tombées successivement sans « qu'il y ait eu de douleurs. *Il a cependant à plusieurs reprises « ressenti dans la figure des douleurs qu'il compare à celles « qu'il éprouve dans les jambes*, mais elles ont duré peu de temps; « jamais il n'a eu de douleurs dans les dents et les gencives. »

Le malade meurt en septembre 1880, l'autopsie est faite ; on constate que « *la racine ascendante du trijumeau*, la substance « grise du plancher du quatrième ventricule, les corps rectiformes « sont atteints d'une sclérose des plus évidentes.

« *Sur des coupes de nerfs trijumeaux prises sur leur trajet « immédiatement à la sortie de la protubérance, on reconnaît « qu'un nombre considérable de faisceaux sont sclérosés; la « myéline a disparu et les cylindres axes sont étouffés dans une « gangue conjonctive qui se colore fortement par le carmin.*
« *Il y a donc une névrite scléreuse manifeste des trijumeaux, « coïncidant avec l'atrophie des noyaux d'origine.* »

L'observation suivante est encore plus démonstrative ;

« H..., soixante-quatre ans, entre en novembre 1879 à l'hôpital « Saint-Julien ; l'incoordination des membres inférieurs établit « qu'on est en présence d'un ataxique. Le malade nous raconte « que, depuis un mois, il a perdu une partie de ses dents. Nous « constatons, en effet, que toutes *les dents du côté gauche sont « tombées ; celles de l'autre côté sont à peu près intactes.* Elles « sont tombées, dit-il, sans douleur; elles devenaient vacillantes, « et le moindre effort suffisait pour les détacher. Plusieurs « fois, elles se sont déchaussées pendant qu'il mâchait ses « aliments.

« Nous constatons alors une anesthésie tactile et une analgésie « très prononcée dans toute la sphère du trijumeau ; du côté gau- « che, elle porte sur la peau et les muqueuses labiale, buccale et « palatine », etc.....

Le malade meurt le 1er mai 1881. L'autopsie est pratiquée. On remarque :

« Les deux nerfs trijumeaux sont diminués de volume et atro-
« phiés à leur sortie de la protubérance; *le trijumeau gauche plus*
« *particulièrement est réduit à un filament grêle et gélatineux,*
« *et à peine reconnaissable. Le ganglion de Gasser correspon-*
« *dant est mis à nu; il est complètement atrophié; il est comme*
« *vide, réduit à une coque conjonctive aplatie, vitreuse, dans*
« *lequel on ne reconnaît plus l'aspect de la substance ner-*
« *veuse.* »

Notons que l'un de ces malades a ressenti des douleurs qu'il compare à celles qu'il éprouve dans les jambes. Des observations ultérieures montreront si ces douleurs sont fréquentes. Mais cela est accessoire. L'important est l'altération anatomique des trijumeaux ; le capital est de voir que, sur l'un de ces malades, l'altération était plus accusée du côté où les dents tombèrent.

Et tout cela n'aurait pour conséquence que de créer une prédisposition à l'envahissement d'un parasite ; le trouble trophique serait relégué à l'arrière-plan, et le parasite ferait tout : il contaminerait la cavité buccale et se limiterait à un côté du maxillaire.

Nous ne discutons pas la présence des micro-organismes, mais leur rôle, mais leur importance.

Pour certaines maladies, pour certains phénomènes les compliquants, on a invoqué le rôle des parasites, mais on l'a démontré par la spécificité de la forme, par la culture isolée, par l'inoculation. Où et quand a-t-on fait cela pour l'ostéo-périostite?

Comment! M. Galippe trouve des micro-organismes dans la bouche, dans la salive humaine à l'état normal, et parce qu'il en constate sur des dents pathologiques, baignant dans le pus, on pourrait attribuer aussitôt à ces micro-organismes la raison d'être de l'affection ? Cela nous semble tout au moins hasardé.

Laissons pour un instant les ataxiques, pour ne parler que de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire banale, telle que la pratique nous en montre tous les jours, et, sans discuter à fond sa pathogénie, voyons si son origine parasitaire est probable.

Il résulte d'observations nombreuses prises tant à la clinique de l'Ecole dentaire que dans notre pratique personnelle (1) que l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire est en raison inverse de la carie; dans les bouches où les caries sont nombreuses, — traitées ou abandonnées à elles-mêmes, — on n'observe qu'exceptionnellement l'ostéo périostite.

Cette affection s'associe le plus souvent à un bon état de la bouche ; le manque de soins ; les dents couvertes de tartre peuvent donner lieu à des gingivites plus ou moins graves, à une suppuration plus ou moins étendue. Mais l'on observe rarement dans ces

(1) Nous publierons prochainement ces observations.

cas l'ostéo-périostite ; pourtant, le parasite semblerait trouver un terrain à souhait pour sa prolifération. Si l'ostéo-périostiste était de cause infectieuse, il semble qu'elle devrait compliquer les gingivites diverses que nous observons, qu'elle devrait se montrer sur les bouches mal soignées, où le tartre abonde, où le pus suinte au bord libre de la gencive, sur les individus portant des pièces de prothese et ne les tenant pas dans un état de propreté convenable, il n'en est pas ainsi.

La thérapeutique nous fournit d'autres indications. l'emploi des antiseptiques dans l'ostéopériostite avancée combat les phénomènes secondaires de la septicémie, mais n'a pas une action vraiment curative sur la marche de l'affection. Pourtant certains malades se font traiter avec une persistance, une tenacité qui ne se dément pas. L'usage des antiseptiques dans leur bouche est en quelque sorte constant, ils améliorent leur état, entravent le décollement du périoste, lui redonnent quelque adhérence, mais ne peuvent arrêter l'evolution définitive de la maladie Cet échec de la médication antiseptique nous éclaire encore sur l'étiologie de l'affection.

Toutes ces raisons nous font donc rejeter l'hypothèse de l'origine microbienne de l'ostéo-périostite. Nous aurons à y revenir, mais nous serions heureux de voir bientôt un débat contradictoire s'engager à ce sujet.

P. D.

LE SUBLIMÉ EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

par M. Breithaupt

Traduction de M. Touchart

Le sublimé jouit, comme antiseptique, d'une considération générale en chirurgie et en gynécologie. Même à faible dose, il a pour effet de détruire les microbes. Quand, avec les moyens autrefois à notre disposition, on croyait avoir coiffé une pulpe de la manière la plus consciencieuse et la plus conforme aux règles de l'art, il survenait fréquemment des inflammations, qui vous occupaient plus ou moins de temps et qui rendaient même nécessaire, dans certaines circonstances, la trépanation ou l'extraction de la dent. D'après mes expériences, le sublimé exclut ces inconvénients ; car, depuis que je l'emploie, j'ai toujours obtenu les meilleurs résultats dans tous les cas. Tout d'abord, comme je mettais de trop faibles doses dans mes préparations, je ne trouvai pas à cet agent la vertu désinfectante que j'en attendais, et çà et là une expérience ne réussissait pas. Cependant, soutenu par l'activité empressée d'un pharmacien de ma connaissance, M. Haars, à Goslar, qui se donna beaucoup de peine pour composer et essayer les différentes préparations, nous réussîmes enfin à trouver quelque chose de mieux, à mon avis, que les divers antisep-

tiques connus de nous. Mais, c'est seulement plus tard que nous reconnûmes que le sublimé en fortes doses et additionné de calomel écartait définitivement les microbes et préservait le canal dentaire de décompositions putrides. Il y a, d'ailleurs, une grande différence, suivant que l'on a affaire à une dent dont la pulpe est malade, ou à des blessures plus graves qui sont du domaine de la chirurgie.

Mon but est de communiquer les expériences faites par moi avec le sublimé sans imposer mon dosage et mes formules. Le sublimé est, comme on sait, un sel de mercure obtenu par la sublimation du sulfate d'oxyde de mercure et du sel de cuisine. C'est une poudre incolore, cristalline, douée de propriétés caustiques extrêmement énergiques.

Pour dessécher les cavités carriées, j'emploie, après préparation préalable, une solution de sublimé dans l'éther dans la proportion de 2 o|o. Autrefois, je me servais dans ce but de l'alcool phénique de Witzel ; mais, comme l'acide phénique est un antiseptique volatil et qu'il s'évapore presque entièrement pendant la dessication même, 1 partie du sublimé agit plus que 10 parties d'acide phénique, même abstraction faite de la force incomparablement plus grande du premier caustique. Dans la solution indiquée plus haut, l'éther seul s'évapore, et le sublimé se disperse sous forme de poussière fine et à peine visible dans toute la cavité, et arrête ainsi la marche de la carie après l'obturation. Seuls, les instruments en acier ne doivent pas être mis en contact avec le liquide, non plus qu'avec les autres compositions au sublimé dont nous parlons plus loin. Toutes, en effet, attaquent l'acier et donnent un précipité noir. Aussi, me suis-je fabriqué des sondes très simples en corne qui, de plus, ont l'agrément de pouvoir être introduites aisément dans toute cavité en raison de leur grande flexibilité. Passons maintenant au traitement propre de la pulpe ; c'est un des cas qui nous occupent le plus souvent. Il s'agit donc ici d'une carie pénétrante, qui s'est avancée jusque dans le voisinage de la pulpe ou jusqu'à la pulpe elle-même. Alors, un traitement mécanique ne suffit plus ; il faut faire intervenir un traitement thérapeutique, selon l'état normal ou pathologique de la pulpe.

Si la cavité s'avance jusqu'à la pulpe, celle-ci étant toutefois recouverte encore d'une mince couche de dentine, l'obturation faite sans l'introduction préalable d'un antiseptique agirait comme un corps bon conducteur de la chaleur, irriterait la pulpe, donnerait lieu à de nouvelles formations, et ferait souffrir. En pareil cas, je mets, après avoir desséché la cavité, une calotte de pâte au sublimé dont voici la formule :

Sublimé.	5,0
Calomel.	4,0
Muriate de morphine.	1,8
Oxyde blanc de zinc.	15,0

En une pâte molle.

Le calomel ne sert ici que comme agglutinant, comme véhicule, en ce qu'il soutient le sublimé, au cas où ce dernier n'exercerait plus son effet. Le calomel est un chlorure de mercure, que l'on obtient au moyen du sublimé et du mercure, combinés en parties égales.

C'est une poudre insipide, jaune à la lumière, et qui finit par brunir ; elle est presque insoluble.

Lors donc que le sublimé, par suite d'un long séjour dans la dent sous une couche dure, perd insensiblement de sa force, il est remplacé par le calomel, qui dépose peu à peu le sublimé qu'il renferme. Cette pâte est bien préférable au ciment d'oxy-chlorure de zinc autrefois employé : en effet, il résulte d'expériences faitet que la couche d'oxy-chlorure de zinc détruit la plupart du temps les couronnes pulpaires. En outre, la pâte au sublimé ne durcie point, même dans le canal de la dent, et d'un autre côté, par suite de sa malléabilité, elle adhère aisément aux parois de la cavité pulpaire. Après avoir donc recouvert l'endroit sensible avec la pâte en question, j'ajoute un ciment au phosphate de zinc et j'achève l'obturation de la dent.

Dans le numéro de janvier 1885, du *Correspondenzblatt*, Witzel a également recommandé une pâte au sublimé ; mais à sa préparation il ajoute d'abord une grande quantité de blanc d'œuf et, en second lieu, de l'acide phénique. Selon moi l'addition de blanc d'œuf amoindrit notablement l'action du sublimé, si même elle ne la supprime complètement, puisque le blanc d'œuf, au su de tout le monde, est donné comme contre-poison du sublimé. Probablement notre confrère l'a fait pour rendre sa pâte plus longtemps molle ; mais ce but est atteint tout aussi bien avec la glycérine de Vienne anhydre et concentrée. Je ne comprends pas non plus pourquoi Witzel a ajouté de l'acide phénique, d'autant plus qu'il dit lui-même : « Une partie de sublimé agit plus que 100 parties d'acide phénique. J'évite aussi, avec ma pâte, l'emploi de la capsule métallique dont Witzel se sert chaque fois avant l'introduction de la couche solide du cément ».

Si j'ai à traiter une pulpe mise à nu à dessein ou par hasard, à la suite du processus de la carie ou de l'excavation, mais parfaitement saine encore, j'emploie pour la recouvrir la même pâte dont j'ai donné la formule plus haut. S'il survient quelque complication, de telle sorte qu'une hémorrhagie se produise, je l'arrête avec la solution de sublimé dans l'éther, ce qui généralement est bientôt obtenu. Si l'hémorrhagie est plus rebelle, je laisse ma solution éventuellement pendant 24 heures sous une couche de mastic.

. . .

Ce procédé est préférable au traitement par le tannin. Si on touche imprudemment la pulpe, de nouveaux soins deviennent souvent nécessaires. Avec la solution de sublimé dans l'éther, il ne reste rien après le lavage à l'eau chaude, et de la sorte on peut entreprendre sur-le-champ l'obturation de la dent. Les traitements que j'ai faits de cette manière près de 9 mois durant, ont donné

les meilleurs résultats, si bien que depuis il n'est pas survenu d'inflammations, de douleurs, etc.

Quant à dire si, avec cette pâte, la pulpe reste saine ou si elle se dessèche peu à peu, si elle s'ossifie, je ne puis faire là-dessus que des hypothèses. Je voudrais toutefois rappeler ici un fait qui parle éloquemment en faveur de ma préparation. Il y a 8 mois environ, une jeune fille vient me consulter et me pria de lui extraire une dent qui la faisait souffrir depuis fort longtemps C'était la deuxième bicuspidée droite de la machoire supérieure. Je réussis à persuader à cette personne de se faire obturer la dent, en lui disant que je renonçais aux honoraires. Après avoir traité la dent avec le sublimé et l'avoir obturée (la pulpe était complètement dénudée, le tout dans une séance, je laissai partir la jeune fille en émettant le désir de revoir la dent au bout de 6 mois. Fidèle à sa promesse, la personne se présenta chez moi à l'époque fixée, et m'assura n'avoir jamais ressenti de douleurs. Sur mes prières réitérées, elle me permit d'extraire la dent, en vue d'un examen attentif de la pulpe, et, découvrant aussitôt la cavité pulpaire, je trouvai la pulpe entierement saine, absolument intacte : pas la moindre trace d'atrophie.

Autrefois, je traitais ces pulpes au moyen de petites coiffes en or, que je cherchais à disposer de façon à laisser un espace libre entre elles et ce qu'on emploie pour recouvrir, parce qu'on croyait que la pulpe sécrétait de la dentine de remplacement ; l'espace laissé libre était destiné à recevoir cette dentine. Je recouvrais aussi avec le cément à l'iodoforme de Witzel, mais tous ces traitements ne réussissaient presque jamais entièrement, et de plus, le procédé n'était pas aussi simple que le mien. S'agit-il de pulpes en proie à une inflammation partielle, j'en coupe une partie, et, aussitôt le sang arrêté, je recouvre avec de la pâte au sublimé, puis, si la chose est possible, j'obture la dent en une seule séance. Si la chose me paraît délicate, si je redoute l'apparition de douleurs, je diffère l'obturation pendant un ou deux jours, au moyen de cette pâte recouverte simplement d'un morceau d'éponge. Si pendant ce temps la salive pénètre jusqu'à la pâte, cela ne fait absolument rien.

Si le patient a eu auparavant de violents maux de dents, de telle sorte qu'on puisse diagnostiquer une inflammation totale de la pulpe, je détruis la pulpe. La pâte que j'emploie dans ce cas se compose de sublimé :

Sublimé..	1,25
Acide arsenieux.	1,25
Muriate de morphine.	1,50
Glycérine.	
Essence de menthe poivrée P. S.	2,00

L'introduction de la pâte est, la plupart du temps, suivie d'une douleur sourde, qui dure à peine plus d'une ou deux heures. Les autres préparations à l'arsenic occasionnaient des douleurs bien plus violentes et qui duraient souvent de six à huit heures ; c'est

pourquoi j'attribue au sublimé des propriétés calmantes. La pulpe ainsi tuée présente le lendemain une hyperhémie des vaisseaux sanguins, mais en même temps une destruction complète des fibres nerveuses.

J'arrive maintenant au cas extrême où la pulpe est déjà purulente ou gangréneuse. Celle-ci une fois écartée, je place pour vingt-quatre heures une bande d'ouate, imbibée d'une solution de sublimé à 10/100 dans le canal, en prenant les plus grandes précautions, et je ferme la cavité avec un tampon de mastic. Le lendemain, je débarrasse aussitôt la cavité pulpaire et j'obture la dent.

Pour débarrasser le canal, j'emploie également la pâte de cément au sublimé et des instruments à la pointe desquels j'ai fixé une soie de cochon plus ou moins forte. Grâce à elle, j'atteins l'extrémité des canaux les plus longs. Mais le premier soin doit être de bien forcer la cavité pulpaire et d'enlever juqu'à la moindre parcelle du tissu. Pour y arriver, Hollaender recommande de percer les gencives et les dents angulaires sur la face linguale, les bicuspidées et les molaires sur la face de mastication. Je ne saurais recommander ce procédé, attendu que ces dents présentent la plupart du temps, par elles-mêmes, de grandes cavités, et que la cavité cariée est suffisante pour le passage facile. De plus, en perçant la dent une seconde fois, on lui enlève de sa résistance.

Outre les préparations dont j'ai parlé, je me sers beaucoup d'une pâte au sublimé et à la morphine. D'abord, après chaque extraction, j'en mets un peu dans l'alvéole et je ferme avec un tampon. Le remède est très bon et arrête la douleur qui suit si souvent l'extraction d'une dent. Il est inappréciable aussi dans la pyorrhée alvéolaire. La formule est celle-ci :

Sublimé.	2,0
Calomel.	1,0
Muriate de morphine.	1,0

Glycérine : Q. S. pour faire une pâte molle.

Witzel recommande dans le même but une préparation analogue ; mais ici encore il ajoute de grandes quantités d'acide phénique et de blanc d'œuf, et, en outre, l'extrait de belladone, qui contient aussi des parties d'albumine. Je tiens donc la formule ci-dessus pour préférable. Sur des pulpes atteintes d'inflammation et sensibles, cette pâte a aussi une action calmante, de telle sorte qu'après une irritation de deux ou trois minutes, le nerf peut être mis à nu presque sans douleur.

Les preparations au sublimé mentionnées ci-dessus sont déposées à la pharmacie de M. Haars, à Goslar, avec l'indication du mode d'emploi. Il y a certainement parmi nous des collègues qui ont employé depuis longtemps le sublimé ; je serais désireux de connaître l'appréciation de ces confrères. Hollaender dit, il est vrai, dans son livre sur l'Obturation des dents : « L'unique antiseptique, c'est une propreté rigoureuse dans toutes les manipulations et l'accès complètement libre de la cavité pulpaire ; quant au

plus ou moins d'acide phénique ou de solution au sublimé, il importe peu. » La première partie de la phrase est absolument juste, et cela se comprend ; mais la seconde ne me satisfait pas du tout, d autant plus que je considère le sublimé comme un remède bien plus sûr, et un antiseptique est bien plus efficace que l'acide phénique, surtout pour notre profession.

Principes et méthodes pour aurifier les dents

Nos livres classiques sur la dentisterie opératoire, quoique traitant la question de l'obturation en détail, donnent à certains côtés du sujet, une étendue et une importance hors de proportion avec leur valeur relative. Par exemple, Taft s'arrête longuement sur la préparation des cavités, sur leur classement et leurs modifications, et sur les différentes formes de l'or; cependant il donne, en comparaison, que des renseignements peu exacts et peu d'indications précises sur le point le plus essentiel, l'adhésion et le tassement de l'or contre les parois et autour des bords de la cavité. Personne ne met en doute, ou nie le fait qu'une préparation convenable des cavités est la base d'une obturation parfaite; mais, après tout, l'adhésion de l'or à la dentine et à l'émail est la condition essentielle. Ceci est banal pour ceux qui se servent de l'or avec succès, mais n'a pas été aussi généralement reconnu que l'importance de ce principe le demanderait.

L'adhésion est le point vital, par la raison évidente que les défauts, même les plus petits de la cavité, peuvent être facilement vus, avec ou sans loupe, et corrigés, tandis que les défauts dans le tassement de l'or sont plus ou moins cachés à la vue, et ne peuvent généralement pas être corrigés excepté en enlevant tout ou partie de l'obturation.

Quelques-uns remarquent qu'il est difficile, sinon impossible, de faire adhérer deux substances dures telles que la dentine et l'or cohésif de manière à former une soudure à l' preuve de l'humidité; de là la nécessité d'avoir autant de mollesse dans l'or que cela est compatible avec la cohésion recherchée; et de là aussi la nécessité d'une paroi égale et unie; car, puisque l'adhésion à une telle paroi est difficile, il est évident qu'il est presque impossible de faire adhérer l'or contre des surfaces rugeuses et inégales. Il est manifestement impossible d'enfoncer l'or dans les très petites anfractuosités de la dentine et de l'émail. En un mot, comme on l'a dit, l'obturation ressemble plutôt à un bouchon de liège dans une bouteille qu'à un bouchon de verre dans une carafe.

Quoique les principes essentiels d'une obturation réussie soient plus ou moins familiers à tous, cependant, comme base à ce qui suit, nous allons les répéter. « On a dit, remarque le Dr Atkinson, que presque personne ne peut faire une obturation dans une cavité humide. Presque personne n'en fait. Si la cavité

est convenablement préparée, vous n'avez pas de difficulté ». Quelques personnes expertes peuvent n'avoir pas de difficultés, mais le grand nombre des inhabiles, même avec une cavité parfaitement préparée, ne réussiront pas souvent.

Pour prévenir les brisures et les infiltrations et parce qu'une dent est partiellement un tissu animal, et non une substance totalement minérale, les principes suivants sont essentiels à observer pour la préparation de la cavité :

1° La cavité doit être préparée et ses bords taillés de telle sorte que la dent obturée présente la plus grande résistance aux actions mécaniques et chimiques.

2° Les cavités complexes seront simplifiées et leurs parties rendues assez accessibles pour que la matière obturante puisse facilement et certainement adhérer à leurs parois.

3e Les cavités voisines qui touchent aux côtés excisés ou aux surfaces des dents, seront préparées et obturées de manière à ce que l'effort de l'opération soit également partagé entre la dent et l'obturation.

4° Les parois de la cavité n'auront pas de coins ou d'angles aigus et formeront, autant que possible, le segment d'un cercle; le biseau de l'émail sera modelé, si faire se peut suivant la ligne de son clivage.

5° Des parois polies et fortes, une fixation assurée, et une adhésion parfaite de la matière obturante à la dent sont les conditions essentielles de durée.

6° En ce qui concerne l'émail il vaut mieux en enlever trop que peu; quant à la dentine il vaut mieux en enlever trop peu que trop; et en ce qui concerne le tassement il vaut mieux qu'il soit profond que superficiel.

7° La fixité sera assurée en combinant les creux et les sillons, de manière à entamer le moins possible la dentine et à donner la plus grande résistance à l'obturation; l'émail sera, autant que possible, soutenu par la dentine vivante.

En un mot, une surface lisse et une matière obturante molle assurent une adaptation complète.

Il importe d'ajouter quelques mots sur la préparation finale des cavités proximales. L'idée du Dr Jack que pour tracer les sillons il faut avoir un instrument arrondi d'un côté est certainement bonne. Quand le fond du sillon est concave il donne la plus grande solidité, et, de plus s'adapte exactement à la surface convexe du fouloir. Après avoir creusé, il faut prendre un excavateur à lame tranchante de dimension convenable et enlever le bord aigu du contour du creux. Avec un excavateur à ciseau couper et racler la paroi cervicale jusqu'à ce que toute la dentine ramollie, toutes les rugosités, tout l'émail blanchâtre aient été enlevés; alors polir toutes les surfaces accessibles.

Il y a beaucoup d'opinions et de théories différentes à l'égard des formes variées et des méthodes d'aurifications, mais tous les doérateurs heureux s'accordent à reconnaître que la mollesse du

métal est la qualité essentielle pour la conservation des dents. La valeur de la propriété cohésive. essentielle pour travailler les contours et restaurer les couronnes, a été surfaite, et pour beaucoup elle produit des désillusions et des surprises, parce que la soudure est aisée mais l'adhésion difficile. Qui n'a observé et admiré le travail magnifique que l'on obtient avec cet or? Cependant bien peu ont remarqué que son adhésion était des plus mauvaises. Pendant bien des années on a vu dans la propriété cohésive la condition essentielle d'une obturation parfaite.

S'il n'y avait rien de plus difficile dans la dentisterie opératoire que la soudure d'une feuille cohésive, même quand une extrémité de la masse est encastrée dans une cavité cariée, le compte des échecs ne formerait qu'une petite partie de la littérature dentaire. Ceux qui ont regardé la propriété cohésive comme quelque chose de mystérieux et de merveilleux, semblent avoir perdu de vue ces deux faits : que la cohésion est une propriété inhérente à tous les métaux et que l'or, quand il est pur et net, se soude à froid simplement parce qu'il ne s'oxyde pas. Si l'importance de la mollesse dans l'or cohésif avait été remarquée et comprise plus tôt, on aurait eu moins de raison de s'étonner que les dents se détruisent si facilement et si rapidement autour de cet or si joliment travaillé. A la vérité, l'or cohésif est relativement mou et ductile, et quand on s'en sert sous forme de rubans, même faits avec des feuilles épaisses, quelques opérateurs ne doutent pas de pouvoir l'adoucir, le polir et le lisser en bas, en haut et autour des frêles parois de l'émail d'une cavité délicate; mais l'aptitude naturelle et l'habileté acquise pour faire de pareilles choses n'a été donnée qu'à bien peu de personnes favorisées.

Le meilleur or n'est pas toujours celui qui peut être travaillé le plus aisément, le plus rapidement et avec le plus de perfection, mais celui que l'on peut faire adhérer à la dentine et aux parois de l'émail avec le plus de sécurité et de certitude. L'or extra-cohésif peut ne pas être celui que l'on travaille le plus facilement, mais c'est celui que l'on travaille le plus rapidement et avec le plus de perfection, puisqu'il constitue une masse que l'on soude avec sécurité; cependant l'adhésion peut être très défectueuse.

Bien peu contesteront qu'un bien petit nombre d'aurifications sont absolument parfaites.

La plupart d'entre elles ont deux espèces de défauts, les uns visibles, les autres invisibles; les premiers sont naturellement autour des bords. dans l'émail ou l'or, et les seconds, dans tous les points de la surface entière de la cavité. Comme l'on peut voir facilement l'état de la cavité et choisir l'espèce et la forme de l'or, les causes des défauts peuvent être attribués aux instruments et à leur maniement, suivant qu'il est convenable ou non.

1° On peut considérer comme un axiome que les fouloirs doivent être construits de telle façon et l'or employé de telle manière que, avec le minimum de temps et d'attention, on fasse

disparaître tous les défauts qui, par leur nature, ne peuvent pas être découverts par la vue.

2° Non seulement la forme de la dent, mais les nécessités mécaniques, aussi bien que les considérations esthétiques, exigent que les parois de la cavité forment, en général, le segment d'un cercle. Et si leur forme n'est pas une affaire de pure fantaisie, la dimension et la forme de l'extrémité et de la courbure des instruments qui servent à obturer doivent être déterminés et adaptés à la dimension, à la forme et a la position de la cavité.

3° Suivant la position et la condition des cavités et des dents, l'or est adapté à la dentine et aux surfaces émaillées soit directement, soit indirectement. Quand les parois sont assez fortes, on procède directement, et quand elles sont frêles ou que la dent est fragile, on agit indirectement ou, en d'autres termes, on l'étend ou on la presse contre les paroisr Ceci nécessite deux espèces essentielles d'obturateurs: les uns pour l'adhésion directe, les sutres pour l'adhésion indirecte.

4° Les parois de la cavité, surtout les cervicales étant concaves, exigent que surface des fouloirs directs soit connexe pour assurer une parfaite adaptation; et, d'ailleurs, cette forme de la surface assurera la condensation et la soudure plus certainement qu'une surface plate à cause de la difficulté de tenir deux surfaces plates exactement appliquées l'une contre l'autre.

Le choc du maillet automatique de Snow et Lewis, qui est justement regardé comme le meilleur, est un peu trop rude et douloureux pour ménager l'émail et le bien-être du patient. On peut écarter facilement ces défectuosités. Depuis quelques années l'auteur a l'habitude de mettre une goutte ou deux d'huile de castor sur l'extrémité du maillet, ce qui se fait en le sortant de sa gaîne. Le coup est modifié, en partie, parce que un peu d'huile reste sur l'extrémité supérieure de la douille de l'obturateur en partie, parce qu'un peu d'huile se répand graduellement entre le maillet et sa gaîne, par suite elle retarde la descente du fouloir et augmente son efficacité. De plus, les portions agissantes du maillet doivent être à l'occasion lubrifiées par de l'huile à graisser les machines. D'après la force et l'élasticité du ressort, tous les maillets ne peuvent pas être modifiés par la méthode que je viens de décrire. Pour gagner du temps et éviter de changer de pointes, l'opérateur devrait avoir deux ou trois maillets automatiques ou il s'en servirait en le combinant avec le maillet à main.

(*Dental Comoss*).

MISCELLANEA

—

UNE RÉIMPLANTATION TARDIVE.

M. Ch. Tomes présenta le 3 mai à la Société odontologique de la Grande-Bretagne, un intéressant cas de réimplantation.

Un garçon s'étant cogné à l'école, eut l'incisive latérale et la canine supérieures arrachées de leurs alvéoles. On ne fit tout d'abord aucun essai de réimplantation; mais l'enfant ayant écrit ce qui lui était arrivé à sa mère, celle-ci ordonna qu'il vint à Londres et elle le conduisit chez M. Tomes, — cinq jours après l'accident

La mère demanda que les dents fussent réimplantées. Quoique doutant du succès après un aussi long intervalle notre éminent confrère voulut bien tenter l'expérience. Il enleva la pulpe, obtura les canaux avec la gutta-percha et essaya de replacer les dents dans leurs alvéoles. La rétraction cicatricielle empêcha l'introduction des dents à leurs anciennes places. Toutefois la petite incisive se logeait dans l'alvéole de la canine, comme les dents étaient très serrées les unes contre les autres, l'absence d'une dent n'avait que de légers inconvénients. En conséquence on fixa l'incisive latérale dans l'alvéole de la canine à l'aide d'un bandage de gutta-percha. Six semaines après l'éloignement du bandage on remarque : une faible rétraction de la gencive à son bord libre, mais sans signe d'inflammation, la dent est ferme quoique l'enfant ne la ménage pas.

LA COCAINE EXPÉRIMENTÉE PAR UN DENTISTE SUR LUI-MÊME.

Dans la même séance M. Tomes donna les résultats de l'expérience qu'il fit de la cocaïne. Souffrant d'une dent il pensa essayer sur lui le nouveau remède. Ayant dissous un grain (0 gr. 065) de chlorydrate dans une petite quantité d'eau il se fit une injection sous-muqueuse à la partie inférieure du sillon gingivo-jugual au-dessous de la dent. L'anesthésie de la gencive en résulta, mais non celle de la dent. Peu de temps après il devint conscient d'un sentiment de vertige et eut quelques nausées, ses mains devinrent froides et humides, il fut obligé de prendre un peu d'eau-de-vie, la marche était un peu indécise. Les symptômes s'amendèrent rapidement pourtant, le malaise et les nausées persistèrent pendant deux ou trois heures. M. Tomes a pensé utile de faire connaître l'effet produit par une dose aussi faible, et comme il a vu qu'on recommandait parfois, des injections avec des doses de un grain et demi à deux grains, il pense que cela ne peut être sans inconvénients.

(*Dental Record*).

REVUE DE THERAPEUTIQUE

par M. Paul Dubois.

Traitement de la périostite

Mettre la digue, nettoyer le canal aussi complètement que possible, laver avec du chloroforme et appliquer l'air chaud jusqu'à ce que la douleur disparaisse.

(Bogues).

Miller. — *Solutions antiseptiques pour l'hygiène de la bouche et des dents.*

Le docteur Miller, professeur à l'Institut dentaire de Berlin, recommande les solutions suivantes ;

1° Bichlorure de mercure	0 gr. 20
Thymol	0 gr. 20
Eau distillée	500 gr. 00

Se gargariser la bouche pendant une demi-minute.

2° Thymol	0 gr. 25
Acide benzoïque	3 gr. 00
Teinture d'encalyptus	12 gr. 00
Eau distillée	750 gr.

Même emploi pour le n° 1.

(*Archives de pharmacie.*)

Collutoire boro-safrané.— Delioux

Safran pulvérisé	0 gr. 50 cent.
Borate de soude porphyrisé	1 gr.
Teinture de myrrhe	10 gouttes
Glycéré d'amidon	10 gr.

F. s. a. — Frictions douces et plusieurs fois répétées sur les gencives, pour combattre les douleurs vives et tenaces qui accompagnent l'éruption des dents de sagesse.

(*Gazette Française de médecine et de pharmacie.*)

Topique contre la glossite chronique des fumeurs

Acide chromique	0 gr. 60 centigrammes
Eau distillée	30 gr.

Toucher legèrement avec un pinceau imbibé de cette solution, les parties de la muqueuse qu'on veut modifier.

Topique contre les verrues.

Extrait de chanvre indien	0 gr. 50
Acide salicylique	1 gr.
Collodion	30 gr.

Cendres dans l'œil

Est-il rien de plus désagréable, et maintes fois de plus douloureux, que ces cendres ou escarbilles de charbon qui vous viennent inopinément dans l'œil au cours des voyages en chemins de fer ?

— « Le Herald of health » indique un procedé facile et infaillible pour se débarrasser de ces atomes. Il consiste dans l'introduction au coin de la paupière d'un ou deux grains de farine de lin. La matière oléagineuse qu'elle renferme ; a la propriété d'attirer à elles ies corps etrangers qui se retirent ainsi d'eux-mêmes en enlevant délicatement les grains.

(*Journ. d'hygiène*).

Merck (de Darmstad) a réussi, dit-on, à préparer par la synthèse une cocaïne artificielle qui possède toutes les propriétés du produit naturel. Le procédé consiste à traiter l'ergotine benzoïque par l'iodure de méthyle en présence d'une certaine quantité d'alcool méthylique à 100° centigr. On obtient par ce moyen la méthylergotine benzoïque qui n'est autre chose que la cocaïne.

La récolte et la culture de la coca en Bolivie

Le principal centre de production de la coca, en Bolivie, est le district de Caroïca. Aucune description, d'après M. H. Rusby, ne peut donner l'idée de l'escarpement des pentes sur lesquelles on cultive ce végétal. Ces vallées ont une altitude de trois à quatre mille pieds, sont formées de terrains schisteux, sablonneux ou argileux, et possèdent un climat qui paraît avoir une grande influence sur la qualité des feuilles. En effet, malgré les soins de culture dont elles sont l'objet, les plantations du Pérou, de l'Equateur et du Brésil, donnent des produits inférieurs à ceux de la Bolivie.

Cette qualité est en rapport avec l'humidité de l'atmosphère et la fréquence des pluies. De même cause est la différence des feuilles douces, plus pauvres en cocaïne et plus riches en alcaloïdes d'autre nature, avec les feuilles amères où la cocaïne est plus abondante.

Dès l'enfance les Indiens sont habitués à la récolte des feuilles qui exige de l'habileté et dont la dessication doit être rapide et à l'abri de toute humidité. Elle s'obtient dans l'espace de quelques heures à peine. Vers l'âge de trois ans et demi, les jeunes plantations fournissent la première récolte, en mars et en avril. Trois mois plus tard, elles donnent leur première floraison.

La richesse des feuilles en alcaloïde, — circonstance importante au point de vue thérapeutique — augmente jusqu'à la deuxième, et diminue à dater de la vingtième. Enfin deux fléaux dévastent les plantations, la taja, maladie des feuilles produite par un champignon parasite, et l'ulo chenille très avide des jeunes bourgeons. Il est probable que la culture de ce végétal pourrait être mise à l'essai en Algérie, en Corse et en Italie sur les revers méridionaux des Apennins. — C. L. D.

(*L'Union Médicale*).

Des propriétés désinfectantes du chlorure d'étain par A. C. Abbott.

L'absence de toxicité de ce corps a été le motif pour lequel M. Abbott a étudié sa puissance comme désinfectant au laboratoire de biologie de John Hopkin. Le chlorure d'étain possèderait une puissance germicide équivalente à celle du chlorure de mercure. En solution à 1 o[o, il tuait les bactéries de la putréfaction dans l'espace de deux heures, et en solution à 0,8 o[o, désinfectait les matières organiques dans le même temps. En comparant ce sel avec le chlorure de zinc, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc et le sulfate de fer, le même observateur constate que pour obtenir les mêmes effets, il faut employer la solution à 5 o[o du premier, la solution à 20 o[o du second, la solution à 40 o[o du troisième, et une solution à saturation du quatrième.

(*Médical News*).

Apomorphine. Transformation spontanée de la morphine en apomorphine. (Hager.)

M. Hager a été appelé à examiner une solution de chlorhydrate de morphine, dans les circonstances suivantes :

Cette solution (à 3 o[o) avait servi à des injections sous-cutanées, chez un malade affecté d'une névralgie. Les injections avaient produit du soulagement, sans déterminer d'accidents gastriques.

Onze mois plus tard, le malade se servit de cette même solution pour se faire de nouvelles piqûres. Cette fois les injections furent suivies de vomissements violents. Hager constata qu'il s'était formé de l'apomorphine dans la solution, ce qui expliquait l effet émétique noté chez le malade. Il conseille de ne jamais conserver les solutions de morphin plus de quatre semaines et de ne pas mélanger des solutions ancienne avec des solutions fraîches.

(*Revue hebd. De thér. générale et thermale.*)

Hypnone comme adjurant de l'anesthésie chloroformique (*R. Dubois*).

« Lorsqu'on administre 1 centigramme d'hypnone à un chien en injection hypodermique, il suffit ensuite de faire respirer à cet animal un mélange d'air et de chloroforme à 4 0/0 pour l'anesthésier, mélange, qui, dans les conditions ordinaires, ne produit jamais le sommeil, ainsi que l'a démontré M. Paul Bert. En outre, au bout d'une demi-heure environ ce chien se réveille spontanément, bien qu'il continue à respirer le mélange gazeux.

« Le même phénomène a lieu lorsque, au lieu d'employer la voie sous-cutanee, on administre à un animal, par l'estomac, 2 centigrammes d'hypnone dans un mélange d'eau et de glycérine. On peut donc au moyen de l'hypnone, diminuer assez notablement la dose de chloroforme nécessaire pour produire l'anesthésie ; il me semble qu'on pourra tirer quelques conséquences pratiques de ce fait. »

(*Soc. de biologie, Semaine Médicale*).

INVENTIONS PERFECTIONNEMENTS

Une modification à la seringue buccale. — M. Hunt publie dans le *Dental Recort* une modification qui nous paraît des plus ingénieuses. A la tige du piston, il joint un ressort à boudin, qui fait qu'elle remonte automatiquement et fait le vide dans le corps de la seringue. Ce petit perfectionnement économise le temps de l'opérateur, qui n'a plus à faire l'aspiration.

On peut adapter au maillet automatique un miroir fixé par une bague en métal ou en caoutchouc vulcanisé ; on suit ainsi aisément la progression de l'aurification, surtout sur les faces postérieures et linguales. Ce perfectionnement rendra les plus grands services.

MM. Jamiesson, de Londres, viennent de construire une tour dentaire sans corde. Une roue sans dent est placée sur le montant du tour, en haut de la tige perpendiculaire. L'arbre flexible se termine par une autre roue auquel le mouvement est transmis par frottement.

Un nouveau carton à polir. — Le *Moniteur industriel* signale une amélioration remarquable apportée par un industriel de Cincinnati aux toiles et papiers à polir. On sait que ceux-ci se déchirent, perdent le sable ou l'émeri fixé à leur surface et sont loin de rendre tous les services qu'on pourrait en espérer.

Le fabricant en question a eu l'heureuse idée d'incorporer à la pâte même du papier ou du carton les matières à polir ; de cette manière, on peut les user jusqu'à la dernière parcelle.

Trempe des pignons. — La trempe au pétrole donne d'excellents résultats. Les parties d'acier à tremper sont d'abord chauffées au char-

gon comme à l'ordinaire, puis enduites de savon et amenées au rouge cerise ; on les plonge alors dans le pétrole sans aucune crainte que le liquide s'enflamme. Les objets d'acier trempés de cette manière ne bauchissent pas, si minces qu'ils soient, et demeurent presque entièrement blancs.

(*The Trader.*)

Un bain de nickel à action rapide. — Voici la formule d'un bain de nickel essayé dans plusieurs ateliers, qui permet de déposer avec adhérence, en peu de temps et sous un courant électrique relativement faible, une forte épaisseur de nickel sur tous métaux :

Composition du bain.

Sulfate de nickel pur.............	1 kilog., 000
Tartrate d'ammoniaque neutre.....	0 kilog., 725
Acide tannique à l'ether..........	0 kilog., 005
Eau............................	20 litres.

(*Revue professionnelle.*)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

et

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRE DE PARIS

Conseil de Direction. (Résumé des procès-verbaux).

Séance du 29 mars 1886

Présidence de M. Wisner

Le secrétaire général annonce au début de la séance la mort de deux membres de la Société. Le premier, M. Picard, était un vétéran de la profession; il avait en diverses circonstances témoigné sa sympathie pour la Société et l'Ecole par des dons que la modicité de ses ressources rendait plus précieux.

Il regrettait souvent que son grand âge l'empêchât d'apporter à la cause du progrès, à laquelle il avait toujours été dévoué, un concours plus actif.

Le second, M. Toribio Quiroga, était un des lauréats de la dernière promotion. Il s'était acquis de grandes sympathies parmi le corps enseignant de l'Ecole par son assiduité au travail, et parmi les élèves par la douceur et l'aménité de sou caractère.

Tous deux emportent les regrets de la Société. De nombreux confrères les ont accompagnés à leur dernière demeure. Des couronnes ont éte déposées au nom de l'Association sur leurs tombes.

Il est donné lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

Admission comme membres de l'Association de MM. Schulten de Bâle, Lebigot de Paris, Pozzo de Madrid.

Le secrétaire communique les demandes d'admission comme membres de l'Association de MM. Drot, Martial et de M. le Dr Kuhn.

Le secretaire général donne lecture d'une lettre de M. Guillot de Lyon félicitant l'Ecole de la polémique engagé sous le titre *un scandale*

Il communique également les impressions, dans le même sens, de plusieurs dentistes de province.

Une demande de bourse n'est pas adoptée.

Le préfet de la Seine écrit pour proposer au Conseil de direction quelques modifications au règlement relatif à l'obtention des deux bourses offertes par l'Ecole à la Ville de Paris.

Le Conseil adopte les modifications proposées et charge le secrétaire général de s'entendre avec le préfet de la Seine.

La Préfecture de la Seine informe également le Conseil que l'Ecole est autorisée à apposer des affiches spéciales dans les écoles communales de la Ville de Paris.

Le secrétaire général rend compte de l'aimable réception que lui a faite le directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, et de la bonne marche de la reconnaissance d'utilité publique de l'Ecole.

Le Conseil donne pleins pouvoirs au secrétaire général pour agir au mieux des intérêts de la Société.

Compte rendu de la visite annuelle à l'Ecole de l'inspecteur d'Académie, M. Evelin, qui a félicité les administrateurs des résultats obtenus.

M. Chauvin donne lecture du règlement des examens de juillet et d'octobre pour l'année 1885-86 et de l'examen de dissection d'avril. Ce règlement est, après discussion, adopté.

Sur la demande de M. Dubois, une commission de cinq membres est nommée pour se mettre en rapport avec les pouvoirs publics, au sujet des divers projets de loi comprenant l'exercice de l'art dentaire. Cette commission est composée de : MM. Chauvin, Dubois, Godon, Viau et Wis er.

M. le Dr Kuhn offre au musée de l'Ecole un maxillaire inférieur avec une anomalie d'éruption de la dent de sagesse.

M. Labbé, de Paris offre à l'Ecole six flacons de son ciment.

Des remerciements sont adressés aux donateurs.

Séance du 27 avril 1886

Présidence de M. Poinsot.

Demande d'admission de F. Duluc, de Paris. Correspondance.

La Préfecture de la Seine annonce que le Conseil municipal de Paris a voté une deuxième subvention pour 1886 à l'Ecole dentaire de Paris.

Le secrétaire général est chargé de transmettre à la Ville de Paris les remerciements de la Société.

M. E. Lecaudey fait à l'Ecole un nouveau don de 200 francs pour l'achat de livres pour la bibliothèque. Des remerciements sont votés au généreux président de l'Ecole.

M. Quiroga remercie l'Ecole des marques de sympathie dont son frère a été l'objet.

M. le Dr Kuhn est admis à l'unanimité membre sociétaire de la Société.

Plaintes contre un élève. Une commission d'enquête est nommée.

M. Viau annonce que le conseil municipal de Vernon (Eure) vient de voter la création d'un service dentaire municipal et en confie la direction à M. Richer, chirurgien-dentiste de cette ville, membre de la Société, qui, à l'exemple de MM. Bugnot et Fayoux, en avait proposé l'organisation.

M. Poinsot annonce également que l'Ecole dentaire vient d'être chargée par la municipalité d'un service dentaire mensuel à Saint-Gratien.

M. Ronnet propose la création de postes de professeurs suppléants de clinique, en raison de l'importance chaque jour croissante de l'Ecole.

Le Conseil discute les termes de la proposition qui est adoptée. Il est décidé, sur la demande de plusieurs candidats, que le concours pour les postes de professeurs suppléants d'odontologie, de clinique, de chefs de clinique, n'aura lieu qu'au mois de septembre 1er et 3e dimanche.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Professeurs suppléants de Clinique.

Le Conseil de Direction de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du mardi 27 avril 1886,

Considérant :

— Que la prochaine nomination de nouveaux chefs de clinique prévue par le réglement spécial, en amenant la retraite des chefs de clinique actuellement en exercice, va priver l'Ecole de collaborateurs devoués, dont plusieurs années d'enseignement ont augmenté l'expérience et les connaissances;

—Que cependant, pour qu'il n'en résulte aucune modification dans l'enseignement, il paraît nécessaire que l'entrée en fonctions des nouveaux chefs de clinique se fasse sous lo direction de chefs de service dejà familiarisés avec le fonctionnement de l'Ecole et les nécessités de l'enseignement clinique ;

— Que, de plus, il devient nécessaire de compléter chaque jour l'examen forcément trop rapide des malades devenus très nombreux, par une leçon sur les principaux malades examinés ou sur un cas de pathologie et de thérapeutique spéciales, leçon qui devrait être faite par les professeurs de clinique;

— Qu'enfin, quelques uns des professeurs de clinique, pris au début de l'Ecole parmi les professeurs médecins, n'ont pu que très irrégulièrement exercer ces fonctions;

— Que cependant, l'abondance des malades et des élèves, la nomination de nouveaux chefs de clinique exigent de plus en plus que ces fonctions soient remplies;

Art. 1. — Le Conseil de direction, dans sa séance du 27 mars 1886, afin de perfectionner l'enseignement et de compléter le corps enseignant de l'Ecole, décide la nomination de professeurs suppléants de clinique.

Art. 2. — Les anciens chefs de clinique ayant au moins trois ans de service effectif pourront obtenir le titre de professeur suppléant de clinique en subissant un examen semblable à celui exigé des candidats pour les postes de professeurs suppléants d'odontologie par le réglement de janvier 1886.

Art. 3. — Les professeurs suppléants de clinique devront être à la disposition de l'administration de l'Ecole pendant cinq ans pour diriger en l'absence du professeur titulaire, une fois par semaine, à la clinique, la consultation faite par le chef de clinique et la terminer par une leçon d'un quart d'heure au moins sur un cas de pathologie et de thérapeutique spéciales.

Art. 4. — Le réglement relatif aux professeurs suppléants d'odon-

tologie est applicable aux professeurs suppléants de clinique, excepté en ce qu'il pourrait avoir de contraire à ce présent réglement.

CORRESPONDANCE

Nancy, 10 juin 1886.

Monsieur le Directeur de l'*Odontologie*,

Il est peut être bien tard, pour rétablir la vérité sur la priorité de l'application de l'aluminium coulé à la confection des pièces de prothèse dentaire. Pourtant, je ne puis taire les titres des dentistes français sur ce point, et laisser reproduire à l'avenir l'affirmation que nous devons cette idée aux américains.

Il y avait peu de temps que Sainte Claire Deville avait fait connaître les propriétés de l'aluminium, les moyens industriels de l'obtenir en quantité, quand de concert avec M. Talma, je fis des essais qui furent couronnés de succès. Cela se passait, il y a vingt-huit ans en 1858. Des brevets furent pris par nous en décembre de cette année et le *Moniteur Belge, journal officiel*, en fit mention dans un article du 26 mai 1859. Je tiens l'original à la disposition des intéressés. L'Odontologie a déjà rétabli la vérité en ce qu'il s'agit du caoutchouc vulcanisé, dont on nous déniait l'invention. Je pense que nous devons aussi revendiquer nos droits en ce qui concerne l'aluminium qui est appelé à rendre les plus grands services à notre art.

Agréez,.....

J. Noel, chirurgien-dentiste,
Chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de M. Adolphe Preterre le frère de notre confrère de Paris. De 1852 a 1879 il pratiqua avec distinction aux États Unis d'abord en association avec son frère, puis seul.

Il était revenu en France sa patrie et vient de mourir à Paris à l'âge de 63 ans.

NOUVELLES

EXAMENS SESSION DE JUILLET 1886.

Les Examens pour la session de juillet ont lieu comme suit.

Epreuves pratiques du 15 mai au 5 juillet pour la 1re et la 2e année.
du 15 mai au 19 juillet pour la 3e année.

Epreuves théoriques le 1er et le 2 juillet pour la 1re année.
le 5 et le 7 juillet pour la 2e année.
les 19, 20, 21, 22 et 23 juillet pour la 3e année.

EXAMENS D'ENTRÉE

Les candidats qui désirent être admis à suivre les cours de l'école comme élèves de 1re, 2e et 3e année conformément aux statuts et reglements, pour l'année 1886-87 peuvent se présenter à l'examen d'entrée, le lundi 26 juillet, à 8 h. du soir.

Dans le cas où ils seraient admis, ils pourraient suivre la Clinique de l'école pendant les vacances, soit aux mois d'août, de septembre et d'octobre.

L'Administration de l'école Dentaire a réussi au début de l'année à organiser d'une façon pratique le service de la bibliothèque qui fonctionne régulièrement maintenant. Il a été adressé à chaque membre de l'association un catalogue qui contient, avec la liste des livres, le règlement intérieur de la bibliothèque afin de faciliter à tous les emprunts.

Nous faisons appel à nos confrères pour nous envoyer les ouvrages qu'ils peuvent posséder en double, afin d'augmenter ainsi le fonds commun.

La souscription ouverte à l'école Dentaire de Paris en faveur de l'Institut Pasteur a produit 526 fr. qui ont été remis par le Directeur de l'Ecole, M. le Dr David, à l'éminent savant M. Pasteur.

M. le Dr Gérard, professeur de micrographie à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être désigné pour faire le cours de botanique cryptagamique, pendant le congé forcé qu'on a imposé au directeur de l'Ecole de pharmacie M. Chatin.

Nous lisons dans le *Temps* du 8 juin :

M. Gérard, agrégé, a fait le 8 juin, à midi et demi, à l'Ecole de pharmacie, le cours de botanique, en remplacement de M. Chatin.

Près de quatre cents étudiants ont assisté à ce cours; plusieurs parmi les douze qui ont été condamnés à une peine disciplinaire, étaient présents, excepté pourtant MM. Christofini et Normand, qui doivent comparaître samedi prochain devant le tribunal correctionnel.

Une véritable ovation a été faite à M. Gérard au début et à la fin du cours.

A 1 heure 1/2, les étudiants se sont retirés par groupes avec le plus grand ordre.

M. le Dr Deny, professeur d'anatomie à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé médecin titulaire à l'hospice de Bicêtre.

M. Taft est nommé président de la section chirurgie des dents et de la bouche au Congrès médical international qui se tiendra à Washington en 1887.

L'association des dentistes américains tiendra sa session annuelle près des chutes du Niagara, le 3 août prochain.

La réunion annuelle des dentistes scandinaves aura lieu à Christiana, du 7 au 11 juillet, sous la présidence de M. Olaf. Heidé D.D.S.

— Le Conseil d'Etat vient de donner son avis au Département de la Justice sur deux pétitions émanant d'associations médicales dont celui-ci l'avait saisi sur le renvoi du Sénat.

— Les pétitions tendaient à ce que le privilège accordé aux médecins pour leurs honoraires par l'article 2101, paragraphe 3, du Code civil, fût élargi par une nouvelle interprétation des mots « frais de la dernière maladie » qui s'étendraient dorénavant de la maladie ayant précédé la faillite ou la déconfiture et non seulement la mort. Elle demandait, en outre, que la prescription édictée par l'article 2272, pour les créances médicales, fut étendue de un à cinq ans, ou, subsidiairement, à deux ans pour les maladies aigües et pour les maladies chroniques.

UNE ÉCOLE DENTAIRE EN RUSSIE

Elle a été fondée et dirigée par M. T. Waschinsky. Le nouveau règlement sur la pratique de l'art dentaire dans ce pays lui a assuré un grand nombre d'élèves et actuellement ils sont de 172.

Pour être admis à pratiquer, on doit établir qu'on a fait un stage de trois ans au moins chez un dentiste et qu'on a subi avec succès un examen pratique portant sur une opération buccale et la confection d'un appareil de dents artificielles, caoutchouc ou métal. La scolarité à l'Ecole dentaire est de deux ans. Pendant la première année on enseigne l'anatomie, la physiologie, la chimie non organique, la physiqne, la métallurgie et la prothèse.

Pendant la seconde année, on étudie l'anatomie spéciale, la dentisterie opératoire, la pharmacologie et la thérapeutique.

ALLEMAGNE

— Le gouvernement se propose, dit-on, de créer dans diverses Universités un Institut odontologique sur le modèle de celui qui existe déjà à Berlin. Si nos renseignements sont exacts, ce serait la Faculté de médecine de Breslau qui en serait pourvue la première.

La réunion annuelle de l'Association Dentaire britannique sera tenue à Londres les 19, 20, 21 août, sous la présidence de sir Edwin Saunders.

DENTISTIANA

Accident étrange!

M. Antoine Lagarre, cordonnier, âgé de vingt-trois ans, demeurant 16, rue de la Roquette, était allé il y a quelque temps chez M. P..... dentiste, pour se faire arracher une dent.

M. P....., vu l'état de faiblesse de Lagarre, s'y refusa d'abord. Puis, sur l'insistance du patient, il y consentit.

La dent fut arrachée sans difficulté. Mais aussitôt après l'extraction, une hémorragie se déclara.

Le dentiste essaya de l'arrêter. N'y pouvant parvenir, il conseilla à son client d'aller se faire soigner à l'hôpital.

Lagarre courut à l'hôpital Saint-Antoine. Là, on ne jugea pas le cas assez grave et on envoya le malade se faire..... soigner ailleurs. Il résolut de se rendre à l'Hôtel-Dieu.

Mais son état de faiblesse était si grand qu'il dut prendre une voiture. Admis d'urgence cette fois, il a, malgré les soins qui lui ont été donnés, succombé dans la nuit

Il est certain qu'une dent qui saigne ne paraît pas, de prime-abord, une maladie bien sérieuse. Mais il n'en est pas moins regrettable qu'un examen approfondi n'ait pas été fait au premier hôpital. On aurait peut-être ainsi pu éviter le malheur qui est arrivé.

— On a trouvé ces derniers temps, dans un train arrivant à la gare Saint-Lazare, un individu âgé d'environ vingt-cinq ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans la tête. On l'a transporté à l'hôpital Beaujon dans un état désespéré.

Dans sa poche se trouvait une photographie portant ces quelques mots :

« Livrez, si cela vous fait plaisir, mon corps à la médecine. Je meurs volontairement, car j'ai une dent qui me fait mal. C'est le seul moyen de la guérir. »

Nous avons reçu le prospectus suivant, nous lui accordons une publicité gratuite.

L'*électric-calmant*, choc-homœopathique, dosé à 6 milligrammes, remède interne odontotechnique.

Martin, chirurgien-dentiste, invenit. Avenue de Kursaal, 24, à Rosendaël-les-Bains, Dunkerque (Nord).

Contre les douleurs, migraines et névralgies, ruptures de l'équilibre physiologique, dentaires, faciales, otalgiques et céphalalgiques.

Une dent ne fait pas souffrir parce qu'elle est creuse, sans cela elle ferait constamment souffrir.

Pour obtenir un prompt soulagement, il faut broyer le granule, la pastille ou la pilule, et l'avaler à l'aide d'un peu d'eau pure; cela suffira souvent. Cependant, comme aux maladies aiguës il faut un traitement aigu, on pourra répéter ce remède toutes les demi-heures jusqu'à effet ou sédation.

Pour les enfants, selon l'âge et la force, on fera fondre dans un verre d'eau pure, que l'on fera boire par cuillerée à café ou à bouche toutes les demi-heures aussi, jusqu'à effet ou sédation.

NOTA. — Ce remède ne calmera pas entièrement les odontalgies causées par des abcès dentaires ou fistuleux. On ne doit pas l'employer contre les incidents de la poussée des dents de première ni de deuxième dentition.

Envoi franco, boîte de dix, contre deux francs en timbres-poste.

Pour médecins, pharmaciens et dentistes, la boîte de cent : 10 fr.

M. Dangletman, dentiste, autrefois établi à Naples, est prié de donner son adresse au bureau du journal pour affaire avanageuse qui le concerne.

Si cette annonee ne lui parvient pas, on prie les personnes qui connaissent ou ont connu sa résidence de faire parvenir ces renseignements par la même voie.

A céder un cabinet dans une ville du midi de la France. Conditions avantageuses. Pour une année d'affaires. Facilités de paiement. Bureau du journal, C. E.

On demande un apprenti, s'adresser 5, cité Trévise.

On demande pour la Russie :
1° Un opérateur habile;
2° Un premier mécanicien.
S'adresser à M. Berner, 14, rue de l'Echiquier.

Un bon opérateur, 32 ans, demande une place d'opérateur ou à faire des remplacements pendant les vacances.

S'adresser à M. Adolphe Hélot, 66, rue du Cherche-Midi, Paris.

Mécanicien-dentiste, très capable et très sérieux, est demandé pour diriger un atelier.

Ecrire ou s'adresser tous les jours de 10 à 11 h. le matin et de 7 à 8 h. le soir, à M. Maurice, 39, rue d'Amsterdam.

On désire céder :

1° Le mot dentiste à moitié prix de sa valeur. Les lettres en relief sur fond noir mesurent 0m40, n'ont que six mois d'usage et viennent d'être redorées;

2° Deux petits tableaux-montres mesurant 0m35 sur 0m30 destinés à renfermer des pièces dentaires ayant coûté 30 francs chaque, et que l'on cèderait pour 15 francs les deux.

S'adresser à MM. Godard et Gontenan, 7, rue du Bouloi.

On demande un second mécanicien pour Epinal; s'adresser à M. Cordelier, D. E. D. P. à Epinal.

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat.

VOL. 6. Paris, Juillet 1886. N° 7

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR JUILLET 1886

L'OR MOU
SA SUPÉRIORITÉ COMME MATIÈRE OBTURATRICE.

PRÉSENTATION DE CAS COMPLIQUÉS

Communication à la Société d'*Odontologie* de Paris. Séance du 15 juin 1886.

par M. RICHARD CHAUVIN

I

Je viens parler, devant la Société d'Odontologie de Paris, de la plus ancienne forme d'or, celle qui a été employée dès qu'on pratiqua l'aurification et qui, malgré les transformations de la science et de la pratique, reste encore dans l'immense majorité des cas la meilleure matière obturatrice que nous puissions utiliser. On lui a cherché bien des substituants, depuis l'or en éponge et toutes les formes d'or cristallisé, jusqu'à l'or en feuilles recuit. l'or adhésif. On a essayé nombre de combinaisons différentes pour lui

enlever sa suprématie, malgré cela, bien fait, il constitue toujours l'aurification par excellence.

Je laisserai de côté l'or en éponge et en cristaux qui n'ont maintenant qu'un usage limité. je ne parlerai pas de l'or adhésif fait par la méthode de Herbst, manquant d'expérience personnelle pour l'apprécier, et ne mettrai en parallèle que les deux formes d'or classiques, l'or mou, l'or adhésif foulé au maillet.

L'or non adhésif n'avait jamais vu un concurrent anssi redoutable s'élever contre lui avant l'application, à la dentisterie opératoire, que fit Arthur, en 1855, de la propriété qu'ont la plupart des métaux purs de laisser souder leurs molécules entre elles par pression. Pour que cette adhérence se produise, l'absence d'impuretés est la seule condition. Pour l'or en particulier la faculté d'adhésion est en raison même de la distension de ses molécules, de son peu de densité, aussi c'est à l'état pulvérulent qu'il présente cette qualité au plus haut degré. L'or en éponge devrait donc, semble-t-il, être préféré à l'or en feuilles, celui-ci étant plus dense, de même que l'or pulvérulent serait le type le plus parfait de l'or adhésif. Il n'en est cependant pas ainsi; car, s'il est vrai que l'adhésivité de l'or spongieux est plus grande que celle de l'or en feuille, la résistance des obturations faites avec cette forme d'or laisse beaucoup à désirer.

Pour obtenir avec l'or adhésif des obturations relativement bonnes, on se sert des feuilles qui s'éloignent un peu comme structure de l'or en éponge pour se rapprocher légèrement de l'or en feuilles non-adhésif. Néanmoins la feuille adhésive est moins dense et beaucoup plus rugueuse. Ce peu de rapprochement des molécules est une condition très favorable à leur union plus intime sous l'action de l'instrument. Quoi qu'il en soit, l'aurification se trouvait bien facilitée par cette découverte; la rétention du premier morceau d'or étant obtenue, le reste de l'opération n'était plus qu'une question de patience. On l'a comparee avec assez de justesse à un bourrage pur et simple; aussi l'or non adhésif, dont l'introduction est loin d'être aussi facile, fut-il délaissé par nombre d'opérateurs. Malgré tout, plusieurs lui sont restés fidèles, et aujourd'hui que la réaction se dessine, aujourd'hui qu'on prétend assurer une parfaite adhérence aux parois par d'autres méthodes, il est permis de se demander pourquoi on est allé chercher si loin un résultat depuis longtemps acquis avec l'or mou. N'a-t-il pas toutes les qualités de l'or mis par la méthode Herbst? n'a-t-il pas des avantages autres? On a parlé de la diminution du temps de l'opération, mais on ne peut l'abaisser au-dessous de ce que l'or mou demande. Pour la rapidité d'exécution, ce dernier est sans rival.

L'or adhésif devient plus dur que celui qui n'a pas subi l'action de la chaleur, donc ses qualités obturatrices sont augmentées, disent ses partisans. Il n'en est malheureusement pas ainsi, et ce qui a été gagné en dureté a été perdu en adhérence aux parois de la dent. La qualité adhésive n'existe qu'entre les molécules de l'or

lui-même et non entre la matière obturatrice et les tissus dentaires. Deux corps durs juxtaposés le sont toujours imparfaitement et se laissent assez facilement pénétrer à leur point de contact; l'application d'un corps mou sur un corps dur est beaucoup plus précise cela est indiscutable. L'or adhésif se soude à lui-même, c'est vrai; mais il ne se foule que dans la direction du grand axe du fouloir, et dans nombre de caries interstitielles il se condense difficilement dans certains angles rentrants que fait la cavité, il ne subit pas l'écrasement latéral, il manque absolument de plasticité.

On cherche à pallier ces difficultés fondamentales en plaçant de très petits morceaux d'or, en les foulant minutieusement; mais cela prolonge l'opération, la fait durer parfois plusieurs heures. L'aurification ainsi exécutée devient un supplice pour le patient qui la subit et pour l'opérateur qui l'exécute, elle cesse d'être un moyen pratique d'obturation, pour devenir un tour de force et de patience, un exercice d'école, que le futur opérateur se promet bien de n'employer que fort rarement dans sa clientèle.

Un autre vice de l'or adhésif est de servir d'enclume au marteau représenté par les dents articulaires. Entre l'enclume et le marteau que voulez-vous que devienne le pauvre émail? Qu'il succombe. C'est en effet ce que l'on voit dans beaucoup de cas.

Une objection faite contre l'emploi de l'or mou, c'est qu'il rend impossible les restaurations de contour. Cela est vrai, mais dans bien des cas cette objection perd de son importance. Pour les dents antérieures, alors qu'une certaine partie est atteinte par la carie et doit être excisée, la reconstitution de la partie manquante ne peut se faire qu'avec l'or adhésif; mais cette reconstitution même a de nombreux adversaires. Si, au point de vue professionnel, une dent refaite avec l'or dans son intégrité, a une certaine valeur, en est-il de même au point de vue de l'esthétique? Combien a-t-on vu de patients auxquels on avait ainsi reconstitué des dents, trouver le résultat affreux pour la vue et préférer une simple obturation au ciment. Quelle déception pour l'artiste que cette appréciation du commun des mortels.

Les surfaces articulaires reconstituées n'ajoutent guère à la puissance masticatrice, et au point de vue physiologique le bénéfice est nul.

L'or mou force à tailler en biseau les dents à obturer à laisser entre des caries proximales des ouvertures en V, oui, et cela est un avantage pour le nettoyage, pour entraver les progrès ultérieurs de la carie et le genre de préparation des cavités que cette forme d'or demande est certainement pour beaucoup dans ses succès, dans les excellents résultats qu'elle donne pour la conservation des dents cariées.

La reconstitution est donc un avantage apparent, qui dans la pratique aboutit à des impossibilités ou à des inconvénients.

L'or mou se tasse dans les cavités des faces triturantes sous l'action de la mastication.

Je repousse cette objection, l'or mou bien fait, bien condensé

ne perd pas son niveau; quand cela est constaté on doit l'attribuer à l'imperfection du travail et non à une défectuosité inhérente à cette forme d'or.

Si dans les obturations imparfaites il y a un peu de tassement, cela remédie dans une certaine mesure au défaut primitif; c'est ce qui fait que l'on voit des aurifications à l'or mou qui ont été mal conduites, donner des résultats pratiques très satisfaisants rester ainsi pendant de longues années en protégeant les bords, en arrêtant les progrès ultérieurs de la carie.

Le tassement n'est pas un défaut grave, si la masse reste homogène, s'il n'a pas pour conséquence de la désagréger.

Mais je le répète, ce tassement n'existe pas dans les aurifications parfaites et nous avons ici un de nos confrères ayant une aurification faite il y a 40 ans qui est la preuve vivante de ce que j'avance.

L'or mou s'effrite. Oui, quand il est placé d'une manière irrationnelle, quand la feuille est placée horizontalement, comme dans l'aurification par le moyen de boulettes, ou du ruban, mais non quand elle constituée par des cylindres auxquels on a su faire garder la position verticale, l'or mou bien placé et bien condensé doit avoir une surface aussi dure, aussi polie que l'or adhésif, il doit subir sans se désagréger, même superficiellement, l'action de la meule, celle de la mastication.

Afin de fournir la preuve de ce que j'avance, je vous présente quelques cas de ma pratique personnelle, un patient sur qui j'ai fait un certain nombre d'aurifications, je les soumets à votre appréciation. On voit que l'or mou peut permettre de vaincre de grandes difficultés, et qu'on peut obtenir par son emploi des résultats que vous apprécierez.

II

Avant d'entrer dans le détail opératoire, permettez-moi de vous dire quelques mots sur la préparation des cavités et d'examiner ensuite avec vous les différentes méthodes pour la préparation des cavités, le sujet est trop connu pour comporter de longs développements; mais aussi trop important pour être passé sous silence. Prenons d'abord une cavité de face triturante, comme cas le plus simple. *A priori* l'on peut dire que la cavité doit être régullière et cyindrique autant que faire se peut. Pour une face triturante, ce résultat est facile à obtenir; l'émail atteint doit être excisé largement et si la carie est irrégulière, on ne doit pas craindre de sacrifier quelques parties saines pour obtenir des bords solides. La cavité étant cylindrique aussi plane que possible une rainure circulaire au dessous de l'émail complète la préparation. Dans les caries interstitielles la forme cylindrique est plus difficile, et presque toujours impossible à obtenir, sauf pour les petites cavités occupant, soit la partie cervicale, soit le centre à la partie la plus épaisse de la dent.

Lorsque la carie s'étend des bords du cément au sommet de la couronne, on s'efforce de lui donner une forme ovalaire ou pyramidale, le sommet de la pyramide occupant nécessairement la partie retrécie de la dent ; le fond de la cavité doit être plane et la distance avec les contours, régulière dans la mesure du possible. La rainure circulaire complète la préparation et bien que, parfois fort difficile à faire à la partie rétrécie, elle est cependant absolument nécessaire Dans les caries semi-circulaires, comme celle que je vous présente, siégeant sur trois faces de la petite incisive supérieure gauche, soit, face linguale, face proximale et face labiale jusqu'a la face distale ; s'étendant sur la face proximale de l'angle inférieur de la dent jusqu'à un quart de millimètre du cément, la préparation est forcément irrégulière et ce que je me suis efforcé d'observer, c'est la distance régulière du fond à la surface de la cavité, et la régularité de la rainure circulaire. Cette préparation ainsi que l'obturation, du reste, étaient très difficiles étant donné : 1° que la pulpe n'est pas atteinte ; 2° que la dent est une petite incisive d'un volume très ordinaire, ce qui donne peu de profondeur ; 3° l'étendue en surface de la cavité et les changements de position à observer pour le placement de l'or.

Ces rapides explications données, j'arrive aux différentes méthodes d'introduction et de préparation de l'or mou, à leurs avantages compartifs et enfin à la méthode que j'emploie pour obtenir les résultats qui vous sont soumis.

Une méthode très employée autrefois est celle des boulettes. On roule entre les doigts, une feuille d'or en boule peu serrée et de grosseur suffisante pour remplir le fond de la cavité. On l'introduit sans la comprimer et une fois placé on la perfore en refoulant l'or vers les parois. Dans l'ouverture faite on replace une deuxième boulette et on répète cette manœuvre jusqu'à l'obturation. Quelques opérateurs placent leurs boulettes le long des parois, introduisent une boulette centrale pour tenir celles placées déjà et continuent en superposant ainsi, l'or couche par couche, la dernière boulette centrale faisant la clef de voûte. Ce mode d'opération peut donner lieu à quelques critiques, quoique entre les mains d'opérateurs habiles, il ait donné d'assez bons résultats.

La critique la plus fondée est celle-ci :

L'or roulé en boulettes n'est pas méthodiquement préparé et le placement couche par couche est peu rationnel pour l'or non adhésif ; ici la perte du niveau de l'obturation est à peu près forcée ; la mastication, les manœuvres de la brosse usent la feuille qui se soulève, se détache par fragments et laisse ainsi dégarnir le centre de l'obturation, souvent même les bords, une boulette centrale peut même se détacher de la masse dans le second procédé d'introduction. Dans le procédé de l'ouverture centrale cela est moins à craindre.

Un deuxième procédé consiste à plier la feuille en rubans de largeur convenable, que l'on roule en cordelettes ou en boudins peu serrés. Le ruban ou le boudin se coupe en longueurs ayant

un peu plus du double de la profondeur de la cavité. On place le milieu du boudin au fond, de manière à ce que les deux bouts dépassent l'orifice, on continue la même manœuvre en superposant les boudins jusqu'à ce que la cavité soit à peu près remplie et l'on fait descendre au fond l'un des bouts émergeants. Quand il n'est plus possible d'introduire de nouveaux boudins, on perfore la masse que l'on refoule ainsi vers les parois. Le trou ainsi produit se repliant de nouvelles portions de boudin, on répète l'opération jusqu'à ce qu'il soit impossible de pénétrer l'instrument.

La critique faite pour la méthode des boulettes peut se répéter ici ; l'or étant superposé, couche par couche, en rubans ou en boudins, s'use et se détache par fragments, laissant ainsi au bout de quelque temps une concavité centrale qui fait croire au tassement.

La méthode de l'aurification par des rubans arrangés en étoiles offre prise à la même critique. On dispose en étoile des morceaux de rubans de plus du double de la profondeur de la cavité ; on porte au fond le centre de l'étoile, en laissant dépasser l'extrémité des rayons ; on emplit ainsi la cavité en superposant couche par couche, et on enfonce les bouts émergeant au niveau des bords, le centre étant bien rempli.

A ces méthodes qui ont l'inconvénient capital de superposer l'or couche par couche, comme pour l'or adhésif ; on a substitué une autre bien plus rationnelle et plus généralement employée, surtout par les Américains, qui en sont les promoteurs. Elle consiste en une combinaison d'or en cylindres et d'or en rubans. Les premiers étant placés d'abord, et dans les mêmes conditions que pour l'aurification faite exclusivement avec des cylindres que je rappellerai plus loin. Seulement, l'aurification commencée avec des cylindres est terminée avec des rubans. Après avoir placé un, deux ou plusieurs cylindres, que l'on comprime contre les parois, on termine en poussant au fond de la cavité du ruban de largeur et d'épaisseur convenables. Ce ruban doit être introduit sans être coupé par l'instrument ; il est ainsi replié sur lui-même ; mais, suivant l'axe perpendiculaire de la cavité, — il reproduit ainsi la forme extérieure d'un accordéon, — la partie émergeante est laissée au niveau des cylindres primitivement placés, et, lorsqu'il est impossible d'introduire de nouveaux rubans en faisant de la place par des perforations au centre, on presse fortement l'or de la surface vers le fond de la cavité. On comprend ce que cette méthode est supérieure à celles décrites précédemment : la lime, la meule, le brunissoir terminant l'aurification, rencontrent non pas des couches superposées, mais bien des morceaux d'or placés en hauteur les uns à côté des autres et refoulés vers la rainure circulaire. Si l'opération a été bien conduite, il est à peu près impossible qu'il y ait détachement de fragments d'or. Je dis « à peu près impossible », parce que l'emploi du ruban prête encore le flanc à la critique. En effet, bien qu'il soit tenu dans le fond de la cavité par ses replis profonds, la partie superficielle est moins

bien partagée, le ruban ne peut pas s'écraser sur lui-même en offrant constamment à la surface la position perpendiculaire ; il se couche sous la pression exercée pendant la condensation, et, bien que cet inconvénient soit infiniment moins grave que dans les autres méthodes, à cause de la différence de placement de l'or, il n'en existe pas moins. L'usure, la déchirure et le détachement de fragments de rubans peuvent se produire également, quoique en moins grandes proportions.

III

J'entre maintenant dans les détails pratiques de l'opération telle que je la comprends. Je le répète, la méthode n'est pas nouvelle ; elle est pratiquée avec succès par nombre de dentistes de tous les pays, praticiens non fanatiques des reconstitutions, et si je me suis laissé entraîner à vous faire cette communication et à vous présenter quelques cas, c'est sur l'insistance de quelques-uns de mes amis qui ont bien voulu trouver certains de mes travaux assez remarquables pour vous être présentés.

Le procédé rationnel d'introduction de l'or mou consiste — à mes yeux — à ne se servir que de cylindres. Je l'emploie exclusivement.

Il est, dit-on, plus difficile ; cela est peut-être vrai, mais il est plus sûr.

Je me sers de cylindres que je roule moi-même. Je préfère à tout autre or les n°s 4 et 5, des cahiers de White ; la malléabilité de cet or et sa compacité sont très appréciables ; je mesure avec soin la profondeur de la cavité avant de plier l'or et je coupe la feuille suivant cette profondeur. En effet, pour être bien introduits il faut que les cylindres soient d'un diamètre convenable et proportionné à la profondeur et au diamètre de la cavité à remplir. Pour les grandes caries, il n'est pas rare d'avoir besoin de cylindres faits d'une seule feuille, tout au moins pour commencer. En supposant une cavité devant contenir 8 feuilles d'or, 3 ou 4 cylindres d'une feuille chaque garnissent le pourtour ; on peut ranger ensuite des cylindres d'une demi-feuille et pour terminer de 1/4 de feuille. La longueur des cylindres doit être telle que, placés verticalement à côté les uns des autres, ils dépassent l'orifice de la cavité de 1 millimètre au plus, rarement moins.

Pour obtenir des cylindres bien réguliers, et cela est important, il est nécessaire de faire son ruban de hauteur égale sur toute sa longueur, de le rouler soigneusement sur une broche en lui donnant une forme de cylindre parfait.

La carie ayant été préparée comme il a été dit ci-dessus on peut commencer l'aurification. Elle s'exécutera avec quelques différences, selon la situation de la cavité. Mais dans tous les cas le cylindre doit être inséré et maintenu verticalement ; il est d'abord foulé, condensé latéralement et ce n'est que dans la cavité rem-

plie qu'on le condense en appuyant sur son extrémité libre, en le rivant en quelque sorte.

Afin d'être plus précis, je prendrai quelques caries typiques.

1° *Face triturante des grosses molaires.* — L'orifice de la carie étant débarrassé de l'émail atteint, la forme cylindrique étant donnée le mieux possible, le fond plane et donnant partout à peu près la même distance jusqu'à l'orifice, il est toujours indispensable mais *surtout pour les caries peu profondes* de faire une légère rainure circulaire au-dessous de l'émail.

Quand la cavité est assez remplie pour que les cylindres ne puissent remuer, je fais un vide au milieu pour en remettre encore. Ce vide ne doit pas être fait au hasard, l'instrument doit toujours passer entre des cylindres, en les écartant pour les fouler contre les parois. On écarte et on remet ainsi des cylindres jusqu'à ce que cela soit impossible. Le dernier, plus ou moins gros, suivant la place obtenue, ne peut être enfoncé mou. Lorsque la condensation est déjà assez faite pour ne laisser que peu de place à l'instrument écarteur il est facile de comprendre qu'un cylindre mou se refoulerait sur lui-même, n'irait pas au fond de la cavité et laisserait ainsi un vide. Après avoir aplati latéralement le dernier cylindre je le plie en trois, le dernier pli recouvrant le premier, et je le roule vigoureusement entre le pouce et l'index. J'obtiens ainsi un cylindre fort, résistant mais cependant compressible sur lui-même, c'est-à-dire verticalement. S'il est de grosseur convenable, il sera facile de l'introduire, serré entre les autres, jusqu'au fond de la cavité. Cette partie de l'opération terminée, il ne reste plus qu'à fouler l'or verticalement de la surface au fond. La compression verticale, non plus, ne doit pas se faire au hasard. Les premiers cylindres foulés sont ceux du milieu que l'on aura eu soin de laisser dépasser un peu plus que les autres ; il faut autant que possible ne prendre qu'un cylindre à la fois pour éviter de coucher certaines parties d'or. Ce tassement du centre a pour but de refouler l'or vers les parois. Je me sers pour cela d'un instrument quadrillé en forme de massue, d'un autre également quadrillé en forme de pied et d'un marteau de plomb fort lourd. L'emploi du maillet automatique est absolument contrindiqué, le coup donné est trop superficiel pour de fortes masses et sous son action l'or se désagrège, se déchire et se durcit à la surface sans se tasser ni latéralement ni en profondeur. J'ai vu quelques opérateurs s'en servir ; mais je considère qu'ils ne se rendaient pas un compte exact de la différence qu'il y a entre l'or mou et l'or adhésif et qu'ils connaissaient mieux la manipulation de ce dernier qui doit être tassé par petites parcelles et pour lequel l'emploi du maillet automatique peut être avantageux. Quand l'or est suffisamment condensé, la meule de Corindon le nivelle avec l'émail. Contrairement à l'opinion de quelques-uns qui considèrent le polissage de l'or mou comme superflu, je le crois indispensable. Il s'obtient de plusieurs manières. Après la meule de Corindon j'emploie la meule d'Arkansas trempée dans la poudre

de ponce mouillée ; on obtient ainsi une surface unie à laquelle le brunissoir au tour ou à la main donne le brillant et l'apparence homogène qu'a l'or adhésif récemment fait. Cette unité de surface se conserve grâce à la façon dont l'opération a été conduite et aussi au polissage.

2° *Caries interstitielles.* — Si l'on se trouve en présence de caries interstitielles, qu'elle soit médiale ou distale, l'aurification est plus difficile ; elle demande plus d'habileté pratique mais on en triomphe assez aisément. Il est d'abord indispensable d'obtenir un écart entre les deux dents, il faut que cet écart soit suffisant pour permettre l'introduction des cylindres.

La préparation de la carie est la même que pour une face triturante. Comme il est impossible, si elle s'étend du collet jusqu'à l'angle inférieur (pour une dent supérieure, supérieur pour une dent inférieure) de la dent d'obtenir une cavité circonférentielle, on se contente, et il n'y a nul inconvénient à cela, de la forme ovoïde ou même pyramidale. Le fond plane et la rainure circulaire obtenus, on place les cylindres horizontalement puisque le fond de la carie est vertical. De la sorte, toute carie est, par la pensée, renversée et considérée comme une cavité de face triturante. On commence par la partie cervicale en étageant successivement les cylindres les uns contre les autres.

Ici, il n'est pas toujours possible de se faire de la place au milieu pour placer de nouveaux cylindres, les cylindres appuyés sur le bord labial s'opposent dans les cas peu favorables, au passage des cylindres compresseurs. Quand cette impossibilité est reconnue, on passe l'instrument entre deux cylindres près du bord, on refoule la masse dans tous les sens et l'on peut arriver à placer un dernier cylindre composé d'un très petit diamètre en faisant au bord de la masse déjà très compacte un vide, difficilement obtenu, avec un instrument très fin. Ce temps de l'opération clôt l introduction des cylindres. Je passe alors un instrument plat entre les deux dents et au-dessus de l'obturation, j'appuie fortement sur la partie la plus bombée de l'obturation et foule autant que possible les cylindres sur leur grand axe, ceci a pour but de permettre l'introduction du davier condensateur. La puissance de cet instrument est formidable, et son usage exige beaucoup de prudence, mais on voit, si je puis employer cette expression, sous sa pression les cylindres s'écraser sur eux-mêmes et entrer dans la cavité. Quand la condensation est complète, la lime à séparer enlève le surplus. On doit graduer le grain des limes jusqu'à la lime fine. Pour le polissage, une bande de toile d'émeri fine ou des disques chargés de ponce mouillée, unissent parfaitement l'aurification que termine le brunissoir plat à la main. Dans ces caries, il est impossible de se servir des tours pour le polissage ; mais ceci n'est qu'une légère perte de temps et non une condition d'infériorité. En effet, la pince a donné à l'obturation son maximum de densité et le brunissoir à la main est plus que suffisant pour

obtenir un polissage irréprochable. Quand l'émail (comme dans un des cas que je vous présente) est taillé en demi-lune et qu'il arrive sur une partie peu étendue de la cavité, à peu près au niveau du fond ; l'obturation est difficile mais non impossible. Il est indispensable, ai-je dit, de compter sur une rainure circulaire pour retenir les cylindres. En effet, un cylindre pouvant s'échapper à la faveur de la partie d'émail qui manque, l'obturation tomberait cylindre par cylindre, on obvie à cet inconvénient forcé de préparation, très fréquent, en plaçant un gros cylindre à cheval sur les deux parties saillantes de la demi-lune. Les deux extrémités de ce cylindre se trouvent donc parfaitement retenus au niveau des parties hautes du mur d'émail. Chacune des deux parties débordant ainsi, le fond de la demi-lune doit être de largeur égale à la partie saillant dans le vide. Dans le polissage, ce cylindre, qui doit être foulé vers le fond, un des premiers se trouve limé ou meulé en plan incliné, mais toujours sur la hauteur de la feuille.

Introduit de cette façon, ce cylindre refait le mur d'émail que sa faiblesse n'a pas permis de conserver, sans qu'il soit possible que les cylindres s'échappent par cette ouverture, à laquelle il sert de barrière. Certes une aurification dans ces conditions, est une opération difficile, qui demande beaucoup d'attention, et que la moindre négligence peut faire échouer. Vous voyez pourtant qu'il n'y a rien là d'impossible et que le résultat récompense largement de la peine que l'on s'est donnée. De tout ce qui précède et pour terminer cette communication déjà bien longue, on peut la résumer en ces conclusions suivantes :

1° L'or mou a sur l'or adhésif, l'avantage de la plasticité et peut être condensé beaucoup plus sûrement dans les cas compliqués de caries interstitielles.

2° Son adhérence aux parois est beaucoup plus parfaite.

3° La fraction des parois d'émail, assez minces dans les dents antérieures, est beaucoup moins à redouter que dans les boturations à l'or adhésif ou à l'almagame, la rigidité de ces deux substances facilitant ces fractures.

4° Au point de vue de l'esthétique, l'impossibilité de la restauration des contours ne peut être une condition d'infériorité.

5° La forme que l'on est obligé de donner aux cavités, rend plus faciles les soins de propreté et entre pour beaucoup dans les succès que cette méthode compte à son avoir.

DE L'ANTISEPTIE DES CAVITÉS DENTAIRES

PAR L'EMPLOI DES SONDES GALVANO-CAUSTIQUES.

par M. Ch. Godon.

(*Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris.*)

Séance du 15 juin 1886

Dans une des dernières séances de la Société d'Odontologie (1) et à la suite d'une communication de notre vice-président, M. P. Poinsot, sur l'emploi d'antiseptiques dans les canaux dentaires, j'ai eu l'honneur d'appeler votre attention sur les avantages que présentait l'emploi de la chaleur pour la destruction des germes et des ferments dans les dents cariées et notamment l'usage dans ce but du galvano-cautère.

Je vais, comme je l'avais promis, faire une communication à ce sujet et vous présenter quelques instruments nouveaux.

La carie dentaire et plus spécialement les caries du 4e degré (dents mortes) nous amènent à soigner diverses affections dont une des causes principales est la décomposition des matières organiques résultant de la mortification de la pulpe dentaire, leur fermentation dans la cavité pulpaire et dans les canaux dentaires.

Cette fermentation donne naissance à des produits septiques très violents, gaz et liquides ainsi qu'à la formation de micro-organismes,

De la disparition de cette fermentation dépend la disparition des divers accidents qui en sont la conséquence, tels que les périostites avec complications d'abcès alvéolaires plus ou moins graves.

Les divers antiseptiques sont employés avec plus ou moins de succès pour atteindre ce but.

En effet, tous les jours les découvertes scientifiques viennent nous prouver combien la destruction des ferments est difficile à obtenir et il est admis que le meilleur destructeur des germes est encore le feu quand il peut être employé.

Du reste, dans notre pratique, il est d'usage de terminer le traitement par l'emploi très heureux de la chaleur sous forme d'injections d'air chaud, pour dessécher parfaitement les cavités.

Nous apprécions tous les jours combien la chaleur est utile dans les opérations dentaires ; c'est pour nous un précieux auxiliaire.

Avant d'obturer une cavité dentaire soit du 2e, soit du 3e, soit du 4e degré, nous reconnaissons la nécessité de sécher parfaitement cette cavité à l'aide de la chaleur.

Nous sommes certains par cette pratique non seulement de faire une obturation plus parfaite mais aussi de diminuer les chances d'un nouveau développement de la carie.

---

(1). Séance du 23 mars 1886.

On peut produire cette dessiccation de la cavité par deux procédés :

1° Par l'emploi de l'air chaud.

2° Par les cautérisations au fer rouge.

A l'aide de l'air chaud, la dessiccation est rarement parfaite.

En effet, dans les dents vivantes la sensibilité de la pulpe empêche de chauffer d'une façon suffisante la cavité.

Dans les caries du 4e degré, alors que la pulpe dévitalisée a été enlevée avec ses rameaux vasculo-nerveux, l'air chaud injecté à l'aide de la poire en caoutchouc peut pénétrer en effet dans les canaux dentaires; mais, au fond des canaux, la dessication est presque toujours incomplète, à moins de manœuvres nombreuses, répétées, mais qui sont souvent difficiles et douloureuses.

La dessiccation imparfaite du fond des canaux laisse non détruits des germes qui peuvent amener quelque temps après l'obturation une nouvelle fermentation, la production de gaz et de produits septiques et consécutivement une inflammation du côté du périoste, inflammation qui par son caractère de récidive peut compromettre l'existence de la dent.

La cautérisation au fer rouge a rendu de grands services à nos prédécesseurs et leur donnait de bons résultats que nous pouvons encore apprécier chez quelques-uns de nos vieux patients.

J'en citais un exemple à l'avant dernière séance.

Non seulement la dessiccation était complète, mais il se formait sous l'action du cautère dans les caries du 2e degré une couche éburnée qui protégait la dentine, même sans obturation contre une nouvelle invasion de la carie.

Cependant, malgré ses bons effets, le fer rouge a été abandonné, parce qu'il était d'un emploi difficile et effrayait le malade.

Enfin, s'il était efficace pour des caries d'un accès facile, telles que les cavités du 2e degré, il était à peu près impossible de le faire pénétrer dans les canaux des dents à racines multiples ou d'un accès difficile, du moins en conservant sa chaleur.

Cependant, malgré ses défauts, de nombreux confrères s'en servaient, avec succès il y a peu de temps encore pour détruire les nerfs pour la pose des dents à pivot.

Dernièrement encore le Dr Rogers, dans le Cosmos de janvier 1886 (page 64) nous dit qu'il est si persuadé des avantages que donne l'emploi de la chaleur produite par le cautère rouge, pour la désinfection et l'antiseptie, qu'il fait pénétrer dans les canaux des sondes rougies préalablement, mais cette pratique offre, il le reconnaît du reste, une certaine difficulté; car la sonde arrive le plus souvent dans le canal à peu près refroidie. Aussi le Dr Rogers a-t-il essayé l'emploi du cautère-électrique.

Les cautères rougis au feu offrant des difficultés d'emploi, on a donc pensé à s'adresser à la galvano-caustie.

L'emploi dans la chirurgie dentaire des cautères rougis par l'électricité date d'une quarantaine d'années. (1)

Le professeur Steinhel, de Munich, conseilla, en 1843, au Dr Méritz Heider, de Vienne, d'employer un fil de platine rougi à blanc par un courant électrique pour cautériser la pulpe dentaire.

En 1844, un médecin belge, M. Louyer proposait la même méthode pour le même but.

En 1850, le Dr J. Marshall employa l'électricité avec succès pour une fistule de la joue.

Deux dentistes de Londres, MM. T. Harding et S. Waite se servirent vers la même époque de galvano-caustiques, analogues à celui de Moritz Heider; puis Nélaton, en 1852, Amussat fils, en 1853, et enfin Midchdorff en 1854 publia un traité sur les galvano-cautères.

Depuis les chirurgiens l'ont tour à tour employée en y apportant de nombreuses modifications. Il résulte des diverses observations qui ont été faites, que le galvano-cautère produit une eschare qui revêt la plaie et les extrémités nerveuses d'une couche protectrice non absorbante.

La cautérisation au galvano-cautère produit une irritation qui amène une heureuse modification des tissus.

Cette cautérisation laisse des surfaces sèches insensibles à l'action de l'air et des corps étrangers et qui n'absorbent pas les liquides toxiques.

Comme on le voit, le galvano-cautère est entrée dans la pratique de la chirurgie dentaire depuis longtemps, cependant il ne devint jamais d'une pratique courante par suite de la difficulté d'avoir une source d'électricité d'un emploi facile et régulier.

En 1879, M. Trouvé construisit pour les dentistes un instrument excessivement utile et pratique, à l'aide de la pile secondaire ou accumulateur Planté inventée depuis peu. On crut un moment que le problème était résolu et que l'électricité allait devenir de pratique courante dans la chirurgie dentaire. Cependant, malgré ses avantages qu'ont très bien décrits M. Brasseur dans une monographie qu'il y consacra (1) et M. A. Dugit dans le *Bulletin du Cercle des Dentistes* en 1879, la plupart des praticiens renoncèrent bientôt à son usage.

Depuis quelque temps l'électricité semble de nouveau rentrer en faveur auprès de nos confrères.

Plusieurs séances de la Société d'Odontologie de Paris ont été consacrées l'année dernière à la présentation et à la démonstration de différents appareils générateurs d'électricité dont le plus

---

(1) Voir : Etudes de Chirurgie dentaire. Applications du Polyscope et de la Galvano-caustie aux affections de l'appareil dentaire et à la chirurgie générale par E. Brasseur, médecin-dentiste de la Faculté de Paris. Paris. — Baillière et fils éd. 1879.

pratique, la pile thermo-électrique de M. Chaudron, qui a été décrite dans ce journal, est actuellement employée à l'Ecole dentaire de Paris (1).

Cette pile est d'un emploi facile, elle se charge en quelques heures à l'aide du gaz d'éclairage, et donne toujours, avec deux ou quatre accumulateurs, de l'électricité en quantité suffisante pour la pratique dentaire.

L'ingénieux rhéostat imaginé par M. Chaudron, règle la sortie de l'électricité. Ces excellents appareils nous ont permis de faire quelques essais dans le but d'obtenir des cautères excessivement fins pour pénétrer dans les canaux, non pour cautériser les rameaux nerveux de la pulpe comme on l'avait fait jusqu'à ce jour, mais pour obtenir par le feu la destruction aussi parfaite que possible de tous les germes ou ferments qui se trouvent dans les canaux dentaires à la suite de la mortification de la pulpe.

Nous avons donc fait faire dans ce but, avec le concours de M. Chaudron, des sondes en platine irridié. Ce sont MM. Godart et Contenau, les deux sympathiques fournisseurs, qui se sont chargés de la fabrication.

Jusqu'alors les sondes galvano-caustiques que l'on avait faites pour les canaux, étaient en platine pur; dans ce cas, le platine étant mou les sondes pliaient trop facilement; si pour éviter ce défaut et reculer le point de contact, on les enduisait d'un corps isolant comme le verre, elles devenaient trop dures et ne se pliaient que difficilement aux différentes formes des racines.

De plus elles fondaient souvent. MM. Godart et Contenau ont paré à tous ces inconvénients en faisant nos sondes en *platine irridié* à 30 0|0.

Cette proportion d'irridium, qui n'avait pas encore été employée, donne des sondes ayant une rigidité suffisante pour qu'elles ne se plient pas à l'entrée des canaux, mais en même temps assez flexibles pour suivre les courbures des racines.

La quantité d'irridium recule également le degré de fusion du métal, ce qui est encore un avantage appréciable dans l'emploi de l'électricité.

Nos sondes se composent de deux branches qui viennent se réunir sans soudures par le battage, à environ 5 millimètres de la pointe.

Par suite de la place du point de contact, la sonde rougit entièrement.

Ce résultat nous a demandé quelque peine et a nécessité quelques tâtonnements.

Le petit diamètre de ces sondes leur permet de pénétrer dans toutes les racines de dents avec seulement deux grosseurs différentes. M. Chaudron nous a fait un manche spécial pour monter les sondes, qui se montent aussi facilement que tous les autres galvano-cautères.

---

(1) Voir l'*Odontologie*, numéros de Mai et Juin 1885.

Les sondes conservent leur chaleur dans le canal, car au bout de trois secondes, il est nécessaire de les retirer, la dent devenant trop chaude.

Pour employer ces sondes avec succès, il faut, après avoir parfaitement lavé son canal, avec de l'eau phéniquée comme on fait habituellement, et nettoyé à l'aide de mèches, régler la quantité nécessaire d'électricité à l'aide du rhéostat, introduire la sonde jusqu'au fond de la racine, pour lui faire prendre la forme et la courbure du canal, puis retirer légèrement la sonde, presser sur le bouton de contact du manche, introduire à nouveau la sonde au fond du canal et l'y laisser de deux à trois secondes.

Le cautère détruit ainsi toutes les matières organiques qui peuvent rester dans le canal qu'il sèche parfaitement.

On laisse alors une mèche antiseptique, on bouche la dent avec de la cire ou de la gutta percha, et l'on répète ce traitement jusqu'à ce que l'on soit certain qu'il n'existe plus aucune infection dans le canal et plus de sensibilité à la percussion.

Par ce procédé la périostite se guérit beaucoup plus vite et plus sûrement.

J'ai fait quelques expériences qui m'ont donné de bons résultats et que je compléterai.

Les sondes que je vous présente sont au nombre de quatre, dont deux droites et deux courbes de deux grosseurs différentes.

Il est évident qu'on pourrait en augmenter le nombre, mais ces deux grosseurs me paraissent devoir suffire pour tous les cas.

Les sondes peuvent également être employées pour détruire plus rapidement les nerfs dans les canaux.

Cette destruction est plus rapide et plus complète et moins douloureuse que par le procédé ordinaire du tire-nerfs.

Je ne parle pas plus longuement de cet usage, car il est déjà décrit dans la brochure de M. Brasseur, à laquelle je renvoie les lecteurs. M. Brasseur cite plusieurs observations personnelles de destruction de pulpes et de canaux nerveux qui ont mieux réussi qu'avec les procédés ordinaires.

Je termine cette communication en vous présentant aussi des *boules galvano-caustiques* pour les cavités de dents cariées au 2[e] degré, c'est-à-dire atteignant la dentine ou ivoire.

Ces boules promenées sur la surface de la cavité les sèchent parfaitement, et amènent la destruction complète de germes pouvant faciliter la formation d'une nouvelle carie.

Elles détruisent également la sensibilité de certaines fibrilles dentinaires et évitent ainsi de recourir à l'emploi de caustiques si dangereux dans ces cas pour la vitalité de la pulpe.

La cautérisation produite par ces boules donne une surface éburnée de la section terminale de ces fibrilles et les rend inaptes à transmettre par la suite à la pulpe les impressions du chaud et du froid.

Enfin, à la suite de cette cautérisation des fibrilles il y a une

légère irritation passagère de la pulpe qui doit activer la formation de dentine secondaire.

Ces boules sont également en platine irridié, creuses.

Elles rougissent plus vite et plus facilement que les cautères, et, comme tous les galvano-cautères, ont un faible *rayonnement calorifique*; ce qui permet de les approcher des parois des cavités, sans provoquer de douleur, avant que l'action cautérisante se soit produite.

Les boules, sont au nombre de quatre, deux droites et deux courbes, de grosseurs différentes.

Je les ai employées également avec succès.

Cependant je n'ai qu'une courte expérience de ces divers cautères et quoique les premiers résultats qui ont été obtenus me permettent de croire que nous trouverons là d'excellents auxiliaires pour le traitement des caries dentaires par la cautérisation au fer rouge devenue pratique, il me paraît nécessaire de compléter encore les expériences avant de se prononcer définitivement.

Cependant les conclusions que je me crois autorisé à tirer de mon expérience sont les suivantes :

1° L'emploi du galvano-cautère :

Sous forme de sondes galvano-caustiques, amène par la destruction plus rapide et plus complète des germes et des ferments, une guérison plus rapide et plus durable des périostites que par le traitement ordinaire ;

Sous la forme de boules galvano-caustiques, il détruit la sensibilité de la dentine plus efficacement que les caustiques et sans danger pour la pulpe ;

2° Le galvano-cautère transformant par une combustion rapide, les débris organiques en charbon, il laisse ainsi dans la cavité un nouvel antiseptique dont les bons effets ont été prouvés par l'ancien procédé des cautérisations au fer rouge des caries de 2e degré et étaient encore constatées dernièrement par la communication de M. Gillard sur l'emploi du charbon dans les canaux dentaires ;

3° Les sondes galvano-caustiques peuvent également être employées pour détruire les débris vasculo-nerveux restés dans les canaux plus efficacement qu'avec les caustiques et en permettant de les obturer plus rapidement, ce qui diminue ainsi les chances de périostites consécutives ;

4° Il serait peut-être possible, comme l'avait proposé, il y a quelques années, un dentiste allemand, M. Witzel je crois, d'enlever au galvano-cautère tout ou partie de la pulpe détruite à la suite d'une inflammation aigue et de conserver la partie saine, notamment les nerfs radiculaires ainsi cautérisés.

Je vous présente cette série de conclusions afin que vous puissiez, tant par vos expériences personnelles que par celles qui pourront être faites à la clinique de l'Ecole, venir les confirmer si elles sont exactes, ou les infirmer ; mais quoi qu'il en soit, je suis persuadé qu'il en résultera toujours quelque chose d'utile dans l'intérêt de tous.

DEUX CAS DE PRATIQUE

Observations par M. Ronnet

Communication à la Société d'Odontologie

I. — Extraction de racine difficile.

M. X... m'est adressé par un médecin des environs de Paris afin de lui extraire les racines de la première grosse molaire du bas côté gauche, l'extraction de la dent a été tentée sans résultat et l'on a découronné la dent au niveau des alvéoles. L'examen de la bouche nous confirme l'urgence de l'opération. L'état des dents est déplorable.

Son interrogatoire nous fait connaître que depuis son enfance il souffre des dents; du reste, la mère du jeune homme à qui nous manifestions notre étonnement sur la négligence des dents de son fils, nous donne comme raison l'inutilité des soins qu'on peut donner aux dents et cite à l'appui de son dire, les insuccès qu'elle et ses enfants ont obtenus en se faisant obturer les dents ; aussi ne considère-t-elle que l'extraction comme moyen pratique ; et, comme il lui répugne de voir souffrir les siens elle ne s'y soumet qu'à la dernière extrémité. A l'inspection nous constations qu'une grosseur *énorme* élargit le bord alvéolaire et semble présenter une tumeur osseuse, due à la distention des bords alvéolaires tant elle est dure.

Le volume de la racine au niveau du collet est ordinaire. Aucune sensibilité à la percussion ni au toucher de la sonde. La face interne de la joue n'a rien d'extraordinaire et se continue normalement jusqu'au vestibule de la bouche. A la face externe on remarque à peu près au niveau du bout des racines de la dent une petite grosseur ayant le volume d'une petite noisette, sans inflammation, ne paraissant pas avoir tendance à devenir fistuleux. Au toucher elle fuit sous le doigt et est d'une dureté excessive. Le malade n'accuse pas souffrir de la dent ou de la tumeur, mais il se plaint d'avoir depuis des années des fluxions à peu près tout l'hiver prétendant que l'été il n'en est pas atteint.

Comme médication, l'extraction nous paraît indiquée depuis longtemps, nous en faisons l'observation à la mère en lui indiquant la difficulté de l'opération.

Le malade, très résigné du reste, s'y soumet avec un courage

extraordinaire; il en fallait car j'ai rencontré une véritable difficulté. Au bout d'une demi-heure *au moins* d'effort je parvins avec la langue de carpe à extraire la racine antérieure; tout d'abord d'après son volume je me crus en présence de la dent totale, mais après examen je m'aperçus que je n'avais que la racine antérieure et qu'il me fallait encore demander de nouveaux efforts à ce malheureux jeune homme, lui assurant au surplus que la nouvelle opération serait relativement plus facile. Effectivement au bout de quelques instants la deuxième racine céda.

J'ordonnai quelques injections pour les jours suivants et ne revis plus le malade.

Nous n'en pouvons pas moins retenir un fait, c'est que si ce malade n'avait pas été aussi courageux, il s'acheminait, par suite de négligence, vers des accidents terribles, et comme conclusion nous croyons que tous les dentistes ne sauraient trop insister auprès de leurs clients pour faire changer d'avis les parents sur les préjugés qu'ils ont encore contre les soins à donner aux enfantse car à notre avis, voici une mère, qui sans le vouloir et par suite de négligence a été un peu la cause d'une opération excessivement pénible pour son fils.

II. — Ablation d'une tumeur.

M. S..., négociant, âgé de 40 ans, vint me consulter le 20 mars. Il se plaignait de l'odeur fétide produite par un abcès dont l'orifice externe était au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure droite. Une fluxion énorme avait précédé l'issue du pus et était tout d'abord resté indolore pendant un certain temps. Le malade remarquait depuis quelques jours que l'œdème augmentait dans de fortes proportions ce qui le décida à venir nous trouver.

A l'examen de la bouche, nous trouvons une absence des trois grosses molaires du côté malade. Les racines des deux petites molaires subsistaient, mais en très mauvais état. Du reste, l'état général de la bouche laissait beaucoup à désirer.

Quant à l'endroit indiqué par le patient, nous trouvons une grosseur énorme partant de la joue droite et s'étendant jusqu'au milieu de la voûte palatine englobant tout le maxillaire du côté malade, un flot de pus s'en échappe, il est d'une odeur repoussante, l'issue en semble être au niveau de la deuxième grosse molaire, mais plutôt du côté labial.

Sur la face, nous remarquons un gonflement partant de la partie sous-orbitaire, se continuant sous l'os malaire et aboutissant à la fosse canine, cette induration ne provoque pas de sensibilité au toucher.

Après avoir interrogé le malade, nous pensions tout d'abord que cela était dû à la présence de racines restées dans les alvéoles, la gencive les ayant probablement recouvertes, mais après avoir exploré avec une sonde lisse, nous ne rencontrâmes rien nous indiquant la présence de racines, mais seulement quelques bords rugueux d'alvéole. L'évacuation du pus était indiquée, ouvrir

l'abcès et nous assurer s'il n'y avait rien d'anormal était le plus urgent cela fut fait immédiatement.

La plaie largement béante nous permit d'enfoncer les mors d'un davier pour attirer à nous le sequestre que nous soupçonnions être la cause de tout ce mal, il s'enfonce à une grande profondeur en suivant la partie externe du maxillaire et nous conduit dans une cavité entre la joue et ledit maxillaire ; en serrant le davier nous sentons sous la pression un corps mou mais insuffisamment résistant ; en serrant davantage avec précaution j'atirai cette tumeur en forme de kyste, d'une grosseur d'une petite noix environ. La plaie produite par cette opération formait une grande cavité ou il était facile de rentrer le doigt jusqu'à la deuxième phalange. Ce kyste a été examiné par un de nos professeurs micrographes. M. le docteur Marié. Voici sa note :

« Cette tumeur est presque entièrement épithéliale avec passage par places à la forme du sarcome fasciculé, nous étions donc en présence je crois, d'un cysto-sarcome. A la suite de l'opération, j'ordonnai au malade des injections fréquentes à l'eau phéniquée. Dans l'espace de quinze jours la plaie commença à se fermer et aujourd'hui il n'en reste presque plus trace.

Je tenais à vous faire part de cette observation afin de savoir si quelques uns d'entre vous avaient été à même d'observer de semblables tumeurs et si nous ne pourrions pas en connaître l'origine.

CONDITIONS D'INNOCUITÉ DE L'ANESTHÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE PUR

(*Suite*)

Par le docteur A. Aubeau,

Professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

Urines émises 6 *h. après l'anesthésie.* — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre. *Ni sucre,* ni albumine.

Obs. XLI. — 20 mars, 8 h. du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels, chez M. le Dr Combe. Femme de 29 ans, nervosisme extrême. Extraction de 2 dents. Insensibilité complète.

Urines émises 5 h. après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs.

Saccharimètre. *Ni sucre,* ni albumine.

Obs. XLII. — 22 mars, 8 h. 1/2 du matin. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur, méthode des appels, chez M. Dugit Ad. Jeune homme de 18 ans.

Extraction d'une grosse molaire inférieure. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 h. après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XLIII.— 24 mars, 5 h. du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Ad. Dugit. Jeune femme de 23 ans, très anémique, syncopes faciles. Extraction d'une grosse molaire supérieure. Insensibilité complète. Aucun trouble consécutif.

Urines émises 4 h. 1/2 après l'anesthésie.—Examen par M. F. Vigier. Même réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XLIV. — 24 mars, 8 h. 1[2 du matin. Anesthésie uniqu. au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels. Chez M. Viau. Femme de 40 ans, paralysie infantile, membre inférieur droite Extraction de 2 molaires. Insensibilité complète. Pas de troubles consécutifs.

Urines émises 6 h. après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XLV.— 24 mars, 6 h. du soir. Anesthésie unique au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels,chez M. J. Hélot. Femme de 28 ans, histérique. Extraction de 3 molaires. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 h. après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

Obs. XLVI. — 25 mars, 11 h. 1[2 du matin. Anesthésie uniqu. au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels, chez M. J. Hélot Femme de 28 ans, histérique (voir obs. précédente). Extraction des racines des 4 incisives supérieures. Insensibilité complète. Pas d'accidents consécutifs.

Urines émises 5 heures après l'anesthésie. — Examen par M. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre. *Ni sucre*, ni albumine.

La malade qui fait le sujet des deux observations précédentes a donc été anesthésiée 2 fois dans l'espace des 17 h. 1[2. Elle n'a eu de glycosurie ni la première fois, ni la seconde.

(A) *Observations d'anesthésies doubles.* — *Obs. I.* — Celle de M. Sallefran que a été publiée précédemment.

Obs. II. — 26 janvier, 10 h. du matin. Deux anesthésies consécutives au protoxyde d'azote pur, méthode des appels, chez M. J. Hélot.

Sœur M., 38 ans, anémique. Périostite. Alvéolo-dentaire généralisée.

1re *Anesthésie :* Extraction de sept dents. Insensibilité complète.
2e *Anesthésie :* Extraction de six dents. Insensibilité complète.
Aucun trouble consécutif.

Urines émises 6 heures après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Réactifs ordinaires. Saccharimètre.

Réaction..................... faiblement acide.
Couleur..................... pâle.

Odeur........................ normale.
Sédiment après repas......... nul
Aspect....... .... limpide.
Densité...................... 1006.
Albumine..................... néant.
Sucre...................... *néant.*
Urée......................... 6 gr. 25.
Examen microscopique....... rien à noter.

Cette urine examinée au saccharimètre ne dévie pas le plan de polarisation.

Obs. III. — 3 février, 10 h. du matin. Deux anesthésies consécutives au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels, à l'Ecole dentaire de Paris. Homme de 42 ans, anémique. Opération par M. Ronnet.

1re Anesthésie. Extraction de deux molaires. Insensibilité complète.

2e Anesthésie. Extraction d'une petite molaire inférieure. Insensibilité complète. Aucun trouble consécutif.

Urines émises 5 h. après l'anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Réactifs habituels. Saccharimètre.

Réaction........ acidité faible
Densité.......... 1013.
Albumine........ néant.
Sucre........... *néant.*
Urée............. 10 gr. 15 centigr.
Acide urique..... 0,28 centig.

Obs. IV. — 5 février, 5 h. du soir. Deux anesthésies consécutives au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels, chez M. J. Hélot. Femme de 22 ans, chétive, anémique.

1re *Anesthésie.* Extraction de deux dents. Insensibilité complète.

2e *Anesthésie.* Extraction d'une dent et d'une racine. Insensibilité complète. Aucun trouble consécutif.

Urines émises 5 h. après les anesthésies. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs. Saccharimètre.

Acidité.......... prononcée.
Dépôt........... d'urate acide de soude.
Densité.......... 1023.
Albumine....... néant.
Sucre.......... *néant.*
Urée............ 19 gr. 60 cent.
Acide urique..... 0,45 centigr.

Obs. V. — 27 février, 10 h. 1/2. Nous nous soumettons à deux anesthésies successives au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels, M. Ronnet nous administre le gaz, jusqu'à complète abolition du réflexe palpébral.

1re Anesthésie. Rêve calme, paysage du Midi, groupe de jeunes filles. Les unes portent des gerbes, les autres puisent de l'eau à une fontaine.

2e *Anesthesie.* Rêve bizarre. Nous sommes transportés dans une grande salle, n'ayant d'autre mobilier qu'un cadran d'horloge qui marque neuf heures et qui n'est supporté par rien.

Aucun malaise au réveil.

M. Ronnet nous dit que notre visage s'est légèrement congestionné à la fin de cette dernière anesthésie.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 18 mai 1886.

Président de M. Poinsot.

I. Correspondance. — II. Cas de pratique. — III. Présentation d'appareil.— IV. Nouveaux Galvano-cautères. — V. Les dents mortes accidents post-opératoires.

Le procès verbal de la dernière séance est adopté.

M. Legret lit une lettre de M. Quincerot, indiquant un moyen d'éviter l'extraction quand on veut pratiquer la rotation brusque.

M. le president de la *Société d'Odontologie de Paris.* — J'ai l'honneur de soumettre à votre haute compétence un moyen aussi simple que pratique destiné à éviter l'extraction pendant l'opération de la rotation brusque d'une dent que l'on veut amener dans une position normale,

Lorsqu'on saisit une dent pour la faire pivoter sur elle-même, celle-ci a de la tendance à glisser dans la rainure des mors du davier et par cela même à quitter son alvéole.

Pour éviter de semblables accidents chaque fois que j'ai à exécuter une opération de ce genre, je ramollis à la flamme un petit morceau de cire que j'introduis entre les mors du davier ; j'applique l'instrument au collet de la dent comme si j'allais opérer puis je presse sur les branches du davier de façon à ce que la cire se moule exactement dans la rainure des mors de l'instrument et que la partie inférieure de la couronne de la dent marque sa place dans la cire — après ce premier temps je retire l'instrument, je laisse refroidir la cire afin qu'elle ait plus de consistance. Puis je ressaisis de nouveau la dent et cette fois je puis la tourner sans avoir à redouter l'extraction.

Plusieurs membres approuvent le procédé.

M. Meng pense que la gomme laque est préférable au Godiva parce qu'elle est plus dure.

II. Cas de pratique.

M. Ronnet présente deux observations de sa pratique personnelle (publiées dans le corps du journal).

M. Dubois. — Je demanderai quelques renseignements complé-

mentaires à M. Ronnet sur la seconde observation qu'il nous a présentée. Les dents ou racines absentes l'étaient-elle depuis longtemps ?

M. Ronnet. — Depuis fort longtemps.

MM, Blocman et Chauvin demandent s'il y avait perforation du sinus.

M. Ronnet. — Le sinus n'était pas ouvert.

M. Dubois. — Si dans ce cas l'origine dentaire est invoquée, l'étiologie de la tumeur traitée par M. Ronnet est assez difficilement explicable, il faudrait croire que les racines des petites molaires ont causé des désordres à distance. La continuité par une fistule devrait alors établir cette origine; nous l'attribuons aux dents disparues, il est assez étonnant de voir le néoplasme évoluer longtemps après la disparation de la cause, le voir rester à l'état latent et se manifester tout d'un coup sans cause apparente.

Ces difficultés semblent servir la théorie de Malassez, qui comme vous le savez, pense que des débris d'épithélium restent inclus dans les maxillaires. et que ces débris évoluent ensuite sous l'action d'une cause excitante quelconque.

Nous pouvons fournir des observations relativement nombreuses sur cette question contestée, car nous somme souvent consultés avant le médecin, et si nous notions toujours minutieusement les détails de l'état général et local nous pourrions fournir une contribution importante à l'élucidation d'une des questions les plus obscures de la pathalogie.

M. Blocman, croit que les germes d'épithélium n'ont pas de retentissement sur les dents, et que l'épithélium est destiné à former de l'émail, que l'ivoire est une production des débris embryonnaires profonds, laquelle production se produit à la partie inférieure de l'émail, tandis que le feuillet externe du follicule dentaire produit le cément.

M. Dubois. — M. Blocman confond, il ne s'agit pas ici d'évolution dentaire, mais bien de celle d'un néoplasme.

M. Godon est de l'avis de M. Dubois.

M. Chauvin. — Le plus souvent les débris du cordon et de la lame épithéliale sont éliminés, mais dans certains cas il en reste beaucoup; plus tard des accidents peuvent se produire cela se voit surtout vers l'âge de 40 ans.

III. Présentation d'appareil

M. Préterre. — Messieurs, j'ai à vous présenter un appareil et des moulages que j'ai fait pour aider à une opération de rhinoplastie. Le malade qui a subi cette opération est un jeune homme qui a tenté de se suicider, il a voulu se tirer un coup de fusil dans la bouche et comme il arrive presque toujours, en pareil cas, il a fermé la bouche en pressant sur la détente, le nez seul a été emporté. M. Richet a voulu remédier à la difformité en pratiquant la rhinoplastie.

Après avoir pris le moulage de la face, j'ai fait un nez en caoutchouc afin de donner au chirurgien un soutien pour les lambeaux de peau qu'il devait greffer. L'opération a été exécutée ces jours derniers et le résultat a été assez satisfaisant.

M. Gillard — J'ai fait récemment un appareil ayant le même but que celui de M. Preterre; la construction en diffère quelque peu, et je me propose de présenter à la Société, dans une prochaine séance, les résultats de l'opération, les moulages des parties lésées et un fac-simile de l'appareil.

M. Poinsot. — Pour ces sortes d'appareils, je pense que l'or est préférable au caoutchouc.

IV. Nouveaux galvano-cautères

M. Godon présente des nouveaux cautères (communication publiée dans le corps du journal).

M. le docteur Aguillon de Sarran. — La grande difficulté dans l'emploi de ces appareils est d'obtenir une chaleur réellement suffisante; l'humidité absorbe une certaine quantité de calorique et refroidit considérablement le galvano-cautère. S'il n'en était pas ainsi, nous aurions dans le platine rougi un instrument d'une grande efficacité.

Les cautères sont examinés par l'assemblée et trouvés supérieurs à tout ce qui s'était fait dans ce genre.

M. Godon. — Je crois que la chaleur que l'on obtient avec les galvano-cautères rougis à blanc est grandement suffisante pour détruire les matières organiques et les ferments renfermés dans les canaux.

M. Chauvin. — Les cautères que M. Godon nous présente ne sont pas assez fins pour pénétrer dans les canaux tortueux, peu accessibles, et de diamètre étroit. C'est pourquoi je leur préfère l'air chaud. car il pénètre mieux dans les anfractuosités des canaux des dents mortes.

M. Poinsot. — M. Bogue se sert avec avantage de l'air chaud, même quand il y a périostite.

M. Wiesner. — Les caustiques chimiques ne sont pas à délaisser, et je me souviens des excellents résultats obtenus autrefois par un dentiste de Nuremberg, M. Boock, avec la potasse caustique, que notre confrère préparait lui même. Je n'ai pu depuis arriver à des succès aussi complets avec des produits du commerce.

M. Dubois. — Nous ne devons pas perdre de vue la distinction de ce qui est accessoire et de ce qui est essentiel dans la communication de M. Godon. L'accessoire est la forme actuelle des cautères, qui, quoique d'un diamètre fort réduit, sont encore impropres à cautériser l'extrémité des canaux, ainsi que ceux qui ne sont pas d'accès facile ou sont très étroits. On perfectionnera encore ces instruments; malgré cela, je crois que, tel quels, ils peuvent nous rendre les plus grands services.

Mais la partie essentielle du débat porte sur l'efficacité antiseptique du cautère pour le traitement de la carie du quatrième degré. Sur ce point, nous ne pouvons qu'applaudir à tous les efforts pour rendre l'application du métal rougi plus générale. On s'engage ainsi, nous semble-t-il, dans une bonne voie ; si l'on admet la présence, le rôle des micro-organismes dans la carie perforante, avec pulpe mortifiée, on leur trouvera difficilement un ennemi plus puissant que le fil du galvano-cautère, qui a atteint une température de 2,000 degrés centigrades.

Cette chaleur est rapidement perdue, nous dit le docteur Aguilhon de Sarrau. Cela n'est peut-être pas un mal ; en tout cas, elle doit rester suffisante pour obtenir l'action dessicatrice et antiseptique.

Le caustique chimique a une action diffuse ; il ne se limite pas aux parties dures, il crée des eschares s'éliminant difficilement, et devenant à leur tour une cause d'auto-infection. L'eschare sèche, charbonneuse, causée par le cautère sur les parties de la dent, est toute autre. Quant à l'air chaud, il peut avoir ses avantages ; mais on ne lui assurera pas l'intensité et l'application limitée du cautère.

Je souhaite donc que les critiques partielles qu'on fait à l'application de M. Godon disparaissent, et surtout, qu'on nous fasse des piles d'un maniement facile, d'un rendement suffisant, d'un prix abordable ; alors nous aurons dans le galvano-cautère, dans l'électricité, des auxiliaires qui augmenteront considérablement nos moyens d'action.

V

LES DENTS MORTES ; COMPLICATIONS RÉSULTANT DE LEUR EXTRACTION.

M. Poinsot. — Messieurs, je voudrais attirer votre attention sur quelques accidents post-opératoires à l'extraction des dents mortes en vous parlant de plusieurs observations que j'ai faites dans ma clientèle. (La communication de M. Poinsot sera publiée *in extenso* dans le prochain numéro.

M. Chauvin. — M. Poinsot semble attribuer les accidents qu'il a observés à la suppression de la suppuration ; ne faudrait-il pas plutôt croire qu'ils étaient dus à son augmentation temporaire comme il s'en produit à la suite d'extractions difficiles.

M. Godon. — J'ai dû enlever récemment 22 dents ou racines sur un malade atteint d'ostéo-périostite, l'opération a été complétée dans la même séance et je n'ai pas constaté ensuite le moindre désordre.

La séance est levée à onze heures et quart.

Le secrétaire des séances,

LEGRET.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA COCAÏNE DANS LA CHIRURGIE DENTAIRE

Par C. J. Boyd Wallis.

L'importance de la cocaïne et de ses sels, comme agent thérapeutique, s'accroît chaque jour et probablement, quand un approvisionnement meilleur et plus abondant de feuilles de coca permettra aux chimistes de produire cet alcaloïde et ses sels d'une qualité plus uniforme et à moindre prix, nous trouverons qu'ils constituent l'adjonction la plus importante et la plus utile à notre matière médicale dentaire qui ait été faite depuis l'introduction du protoxyde d'azote et de l'acide carbolique dans la pratique dentaire. Probablement aussi, quand nous aurons obtenu une expérience plus complète de leur action sur le système humain, quand nous nous en serons servi à l'intérieur, et en injection sous-cutanée, nous trouverons que l'hydro-chlorate de cocaïne peut concourir avec le protoxyde d'azote, comme anesthésique, dans certaines opérations dentaires, plutôt qu'il ne le remplace complètement.

De récentes expériences, relatées dans les journaux spéciaux, et faites par des membres de notre profession, paraissent si concluantes en faveur de la cocaïne, employée en injection, pour l'extraction des dents, que je n'aurais pas pensé qu'il valût la peine d'attirer plus longuement l'attention sur ce sujet, si je n'avais éprouvé qu'il est très difficile, en beaucoup de cas, d'obtenir de nos patients une opinion correcte et exempte de prévention sur les effets et la valeur spéciale des remèdes, et les méthodes que nous pouvons adopter, à l'occasion, dans notre traitement des dents. En conséquence, j'ai pensé que l'expérience d'un chirurgien dentiste, qui s'était personnellement soumis à l'expérimentation, en ce qui concerne le traitement par les injections sous-cutanées de cocaïne, méritait d'être rapportée.

Mes dents, dans ces dernières années, ont été l'objet de moins d'attention qu'elles auraient pu l'être si elles avaient appartenu à l'un de mes clients ; par suite, ma canine inférieure gauche, exceptionnellement grande, a été pour moi, pendant ces dernières années, une source d'ennuis, et je me suis servi de cette dent comme sujet d'expérience, la traitant de différentes façons, l'obturant de temps en temps et la négligeant ensuite, jusqu'à ce que, il y a environ six semaines, je fusse exposé à un refroidissement grave, qui amena une douleur aiguë dans la dent, suivie d'abcès alvéolaire et d'une fluxion au menton. Je me déterminai alors à l'extraction, et, dans cette intention, je m'adressai à mon ami, M. Gaddes. Comme la dent était profondément cariée, très grande et fortement enchassée dans l'alvéole, j'inclinais à me soumettre à l'administration du protoxyde d'azote ; mais M. Gaddes

me conseilla d'essayer de la cocaïne, et, comme j'étais désireux d'expérimenter une injection sur ma personne, je consentis.

Dix gouttes d'une solution à 10 o/o de cocaïne furent injectés sous la gencive, sans douleur, devant et derrière la dent, et, au bout de quatre minutes, M. Gaddes fit habilement l'extraction, non sans douleur cependant. Mais cette douleur fut si légère, que je conçus une idée très favorable de la cocaïne comme anesthésique; car je pense que si on avait attendu six ou sept minutes avant d'opérer, l'extraction aurait pu se faire sans aucune douleur. En effet, une minute environ après l'opération, je constatai une anesthésie plus complète, et, sur la lèvre inférieure, elle était presque complète. Un peu plus tard, une sensation d'engourdissement se fit sentir aux extrémités; cependant, mes sensations étaient généralement agréables, et j'éprouvais une satisfaction parfaite, avec le désir de rester tranquille et d'être laissé seul. L'anesthésie proprement dite disparut en une demi-heure, et il n'en restait plus trace au bout de trois quarts d'heure. Un côté non moins satisfaisant de cette expérience fut l'absence complète de douleur après l'extraction et le peu d'hémorhagie, — deux résultats que je ne prévoyais pas, à raison de la position de la dent et de l'étendue de l'inflammation qui l'entourait. Peu de temps après l'opération, un gonflement, de la grosseur d'une bille, apparut presque subitement sur l'emplacement de la première molaire, qui avait été extraite quelques années auparavant, probablement pour une cause semblable. Ce gonflement devint très dur et disparut graduellement en quatre jours.

Des quelques cas que j'ai eus dans ma pratique, dans lesquels je me suis servi de la cocaïne, le suivant peut être intéressant, à la fois parce que le patient était d'un tempérament extrêmement nerveux et à cause de la quantité de cocaïne employée. Une dame, à laquelle on avait administré le protoxyde d'azote, quelques douze mois auparavant, avec des résultats peu satisfaisants, me consulta sur l'extraction de la racine d'une canine supérieure (la racine seule restait), comme préparation à la pose d'un appareil prothétique. Mon sujet, qui était d'un tempérament très nerveux, quoique très disposée à l'extraction, me dit qu'elle ne reprendrait jamais de protoxyde d'azote, et que son médecin l'avait mise en garde contre le chloroforme. Elle semblait redouter si fort l'opération, quoique très déterminée à se délivrer des dents qui l'embarrassaient, qu'elle se trouvait évidemment sous le coup d'une grande excitation nerveuse. Je conseillai donc l'injection de cocaïne, et, lui ayant expliqué ses effets, elle consentit facilement. Après lui avoir administré (*sept grammes*) d'extractum cocœ liquidum B. P., dans un demi-verre d'eau, je la priai d'attendre environ une demi-heure, tandis que je m'occupais d'un autre côté et que je détournais son attention. J'injectai alors 20 *gouttes* de la solution à 10 o/o d'hydrochlorate de cocaïne (10 *gouttes*) à chaque dent, j'enlevai les racines, sans apparence de douleur pour la patiente, qui exprima ensuite sa satisfaction du résultat. Je

regarde ce cas comme une seconde expérience hautement satisfaisante, et, comme j'avais employé (0 *gram.* 13) du sel sur un patient extrêmement nerveux, j'étais particulièrement inquiet du résultat. La satisfaction de ma cliente fut telle, qu'elle s'intéressa vivement à la « merveilleuse cocaïne », et j'eus quelque difficulté à répondre à ses nombreuses questions sur les propriétés et les usages de ce médicament.

Voici cependant un autre cas, qui parle peut-être plus favorablement en faveur de la cocaïne dans les extractions que les deux précédents. Un client me demanda si je voulais regarder la bouche de son chien, qui souffrait évidemment de ses dents. A l'examen je trouvai que la canine inférieure gauche, saine d'ailleurs, piquait directement la lèvre supérieure, qui était enflée et trés sensible au toucher. Pensant qu'il y avait là une bonne occasion d'expérimenter la cocaïne, je conseillai l'extraction de la dent nuisible au moyen de ce médicament. Bref, j'injectai (0 gr. 09 centigr.) d'une solution d'hydrochlorate de cocaïne dans (15 gouttes) d'eau, et six minutes après, j'opérai ; la dent fut extraite sans un grognement ou autre indication de douleur de la part du chien, mais l'animal me lança un coup d'œil curieux et hébété; et parut grandement embarrassé de la condition anesthésique de sa bouche qu'il frotta quelque temps avec sa patte, et me regarda d'une manière tranquille comme pour me dire : « Que m'avez-vous donc fait ?» Ainsi, par ces expériences, je me crois autorisé à dire que nous avons trouvé dans la cocaïne un antidote très efficace contre « la terreur du fauteuil d'opération ». Il nous reste cependant à élucider le problême de ses effets physiologiques sur le corps humain suivant les âges et les particularités de tempérament ou de santé.

Parmi les autres emplois de la cocaïne, dont nous pouvons prévoir les effets favorables, nous citerons son application à la langue, au palais, à l'arrière gorge, dans les cas où ces organes sont si sensibles qu'ils ne permettent pas d'obtenir des empreintes bien faites pour la pose de dentiers artificiels. Un seul cas suffira à montrer l'importance de la cocaïne dans de telles circonstances. Une dame allemande vint me consulter dans un grand embarras. Elle me fit connaître qu'elle était allée trouver un dentiste de Genève, qui avait essayé de prendre une empreinte de sa bouche, mais qu'il en fut empêché par des nausées violentes ; ensuite la patiente consulta à Paris un praticien, qui réussit à obtenir une empreinte imparfaite, d'après laquelle un dentier supérieur en or fut fait. mais qu'elle n'a jamais pu porter. C'est alors que cette dame vint me trouver et, après quelques difficultés, je réussis à obtenir une empreinte très imparfaite, et je pensais à renoncer à de nouveaux essais ce jour-là, quand l'idée de badigeonner la bouche avec une solution de cocaïne se présenta à moi ; après lui avoir expliqué la nature du médicament je la décidai à l'essayer. Ayant donné le temps à ma cliente de se remettre des essais précédents, je la priai de se rincer la bouche avec de l'eau dans laquelle

j'ajoutai un peu d'esprit de vin : je badigeonnai alors le dos de la langue et le palais avec une solution à deux pour cent d'hydrochlorate de cocaïne, et j'attendis six minutes qu'elle eut produit son effet : je pris alors une empreinte sans aucune difficulté et sans souffrance apparente pour le sujet. Les mêmes procédés furent employés quand on prit le modèle à articuler et aussi quand le dentier fut placé dans la bouche. Je priai la patiente de ne pas quitter la pièce pendant quelques jours ; elle la porte maintenant avec satisfaction et m'a exprimé sa grande satisfaction du résultat.

Des lèvres gercées ou très sensibles sont une source d'ennuis pour le patient pendant les opérations qui se pratiquent sur la bouche ; on peut, avec grand profit, employer la cocaïne dans de pareils cas. M. Bignon, professeur à l'école de pharmacie de Lima (Pérou) recommande pour l'usage interne le badigeonnage avec la solution alcoolique de cocaïne à cinq pour cent. Pour l'usage externe (brûlures, cathétérisme, maladie des yeux) il préfère généralement le pétrole cocaïné. Les propriétés anesthésiques de l'alcaloïde sont atténuées dans les sels ; les meilleurs résultats thérapeutiques sont toujours ceux qui sont obtenus avec l'alcaloïde pur, mais ce dernier demande plus de temps pour agir.

Dans un article précédent (Avril 1883) j'ai préconisé une solution de cocaïne dans l'eugénol pour son efficacité sur les dentines sensibles, etc., et je pense encore que la cocaïne dans l'eugénol, avec un peu d'acide borique ou benzoïque, est la meilleure combinaison pour l'usage interne sur les dents et les gencives.

L'eugénol est un excellent dissolvant de la cocaïne, et comme il est sédatif- antiseptique et préservatif, je le préfère à toutes les autres combinaisons, comme calmant des douleurs ordinaires, et pour cet objet un échantillon de cette préparation est resté efficace pendant près de deux années. La combinaison suivante est avantageuse et se garde bien :

R. Cocaïne (ou l'hydrochlorate) ...	1 gr. 3)!	
Hydrochlorate de morphine	0 gr. 30 !	
Acide benzoïque..............	0 gr. 40 !	
Eugénol......................	3 gr. 80 !	
Alcool pur	3 gr. 08 !	Mêlez.

L'acide salicylique a été employé pour empêcher le développement des micro organismes dans les solutions de cocaine, mais on peut lui opposer ses effets irritants, et le camphre est impossible pour les mêmes raisons. L'acide borique semble être plus avantageux et dans la proportion de 0,5 pour cent, il conservera une solution d'hydrochlorate pendant le temps qu'elle doit se garder dans la pratique ordinaire et pour les emplois habituels.

La cocaïne et les phosphates de cocaïne et de morphine, ainsi que les sulfates de cocaïne et d'atropine, combinés ensemble, complètent leurs propriétés mutuelles. La combinaison suivante

est un dentrifice très utile qui donne des résultats quand on l'applique sur des dents sensibles ou douloureuses et sur des gencives sensibles et tuméfiées

Phosphate de chaux précipité, 62 gr.
Craie précipitée, 62 gr.
Poudre d'amidon. 31 gr.
Hydrochlorate de cocaïne, 0.13,
Eugénol, 15 gouttes

Dissoudre la cocaïne dans un peu d'alcool, la mêler avec l'eugénol et ajouter cette solution à du phosphate de chaux desséché et préalablement chauffé, bien mêler, et ajouter les autres ingrédients, en mêlant le tout dans un mortier jusqu'à ce que la poudre soit homogène.

Benzoate de cocaïne. — C'est une préparation nouvelle imaginée par le Dr Alt. Bignon dans un article publié dans « la Cronica médica ». Ce médecin a établi que ce sel est plus stable que l'hydrochlorate et préférable à cause de la durée de l'anesthésie produite et grâce à ses propriétés non irritantes ; son application se faisant tout à fait sans douleur. Dans un cas d'épithelioma de la langue, l'anesthésie par le benzoate dura quatre heures tandis que celle produite par l'hydrochlorate ne dura qu'une heure. Entre mes mains le benzoate de cocaïne, envoyé de Paris, ne s'est pas montré satisfaisant, à la vérité son effet anesthésique fut presque nul ; mais j'ai trouvé un composé préparé par moi-même, suivant une indication des *Nouveaux Remèdes* (février 1886) ; cette préparation n'est pas irritante et se garde bien dans l'eugénol.

Acide benzoïque...... 1 partie
Cocaïne pure......... 3 parties.

Eau distillée en quantité suffisante pour former une solution à 20 pour 100. L'eugénol peut remplacer l'eau si on le désire.

On a élevé des doutes sur la cocaïne comme agent thérapeutique employé en injections sous cutanées; cela provient de quelques symptômes alarmants qui se sont produits dans un petit nombre des cas observés; il est même établi qu'une mort est résultée de l'emploi de la cocaïne pour rendre insensible une dent cariée. (Ce cas a été exposé à la société médico-légale de New-York par le professeur L. Ogden Doremus). Nous continuerons sans doute à entendre parler de temps en temps de cas dans lesquels l'administration de la cocaïne a donné naissance à des symptômes qui peuvent avoir causé de l'inquiétude ; nous entendons parler de temps en temps de cas dans lesquels un plat d'huîtres ou un verre d'eau froide ont causé des symptômes alarmants après leur absorption, et le fromage n'est pas à l'abri de cette accusation (V. *Lancet* du 15 mai 1886, p. 941). A mon avis, la cocaïne ayant été à l'intérieur en injection, en applications locales, dans quelques milliers de cas avec succès et à la satisfaction de l'opérateur et du

patient, tandis qu'on ne peut citer qu'un seul cas de mort, c'est là un fait qui parle très favorablement pour la valeur thérapeutique du médicament.

Il est important, naturellement, de n'employer l'alcaloïde ou le sel que s'ils ont été préparés récemment et avec soin. Il est possible que quelques-uns des symptômes alarmants qui ont été rapportés soient dus à l'emploi d'un médicament vieux, décomposé ou imparfaitement préparé. J'ai trouvé moi-même une différence considérable entre l'effet produit par l'injection d'échantillons variés de cocaïne sur des parties de mon propre corps. L'action de l'hydrochlorate de cocaïne varie considérablement suivant la fabrication, l'âge et la condition des feuilles dont il est extrait. Quelques préparations se dissolvent lentement et sont moins rapides dans leur action sur les parties auxquelles on les applique, tandis que leurs effets anesthésiques se continuent suffisamment longtemps pour permettre d'exécuter l'opération convenablement; les effets anesthésiques des autres préparations, qui sont promptes à se dissoudre et à agir, ne sont que de faible durée. Les importantes différences dans les résultats de l'action de la cocaïne peuvent être attribuées à l'impureté ou à la décomposition partielle de l'alcaloïde, au mode de préparation ou à l'origine et à la qualité des feuilles dont il est tiré. Par conséquent, jusqu'à ce que nous soyons pourvus en tout temps d'une préparation en laquelle on puisse avoir confiance, et que nous soyons mieux pourvus de renseignements sur son action symptomatique et thérapeutique, son administration devra être conduite avec soin et discrétion; sans cela, les résultats peuvent être incertains.

(*Dental Record*, juin 1886).

DE LA DURÉE DES AURIFICATIONS FAITES PAR LA MÉTHODE HERBST

Par le docteur Elof Forberg, de Stockolm.

Traduction de M. Heidé.

On discute encore la valeur des aurifications faites par la méthode rotative; nous sommes convaincus que l'avenir confirmera les espérances de ses partisans. Elle a trop peu de temps derrière elle pour que les témoignages soient nombreux. Malgré cela, on peut dès maintenant enregistrer quelques faits positifs. Nous empruntons les suivants au *Scandinavisk tidsskrift for Tand laeger :*

Pendant que j'étais à Brême, j'ai vu plusieurs personnes ayant

leurs dents aurifiées par M. Herbst. Une personne, entre autres, avait de nombreuses dents aurifiées depuis plus de trois ans, et elles étaient en parfait état. Une autre dame racontait qu'une de ses incisives centrales supérieure était devenue complètement noire depuis quelques années, à la suite de traitement mal approprié. M. Herbst perfora la partie postérieure de la dent, enleva une grande partie de la dentine décolorée, allant à des endroits jusqu'à l'émail. La dent devint transparente, elle fut ensuite aurifiée. Quand M. Forberg vit cette malade, quatre ans s'étaien écoulés depuis l'opération. L'or adhérait à merveille à la dent ; il lui donnait une apparence assez vivante, sans les taches bleuâtres qu'on observe dans ce cas.

Un jeune homme de dix-sept ans avait eu, pendant les six dernières années, plusieurs dents aurifiées, et toutes étaient dans le meilleur état.

L'auteur de cette note, M. Forberg, eut, une année avant, sept dents aurifiées par M. Herbst ; cinq étaient tout à fait satisfaisantes.

Deux étaient quelque peu défectueuses : l'une était sur la face distale d'une molaire, une rugosité gênait quelque peu la langue, quoiqu'on aurait pu remédier à cet inconvénient d'une manière moins radicale ; l'or fut enlevé, la cavité sous l'aurification fut trouvée parfaitement propre et apte à recevoir immédiatement le nouvel or. L'autre, sur la face distale de la deuxième molaire supérieure (avait été faite pour la première fois, en Amérique, neuf ans avant) était ébranlée. Elle avait été recommencée par M. Herbst, sans qu'il sût que l'obturation pressait sur la gencive et que le séjour des aliments était difficile à empêcher. Le professeur Boedecker enleva cette aurification, qui était très dure ; il dut forer dans plusieurs directions, car l'or adhérait fermement à la dent. Il était étonné de la dureté de l'obturation et de l'excellent état de la cavité, et il disait qu'aucune aurification faite avec la maillet n'aurait aussi bien adhéré. Quoiqu'il n'ait pas été tout d'abord partisan de la méthode rotative, il fut convaincu après ces preuves de son mérite.

Si on invoque que ces observations ne sont ni assez nombreuses ni assez anciennes pour prouver la durée de ce genre d'aurification, on doit tenir compte qu'on n'en a pas vu de défavorables pendant le séjour que nous fîmes à Brême. La méthode n'a que six ans, et des opérations exécutées il y a trois ou quatre ans ne l'ont pas été avec les perfectionnements qu'on y a apporté depuis. Il semble donc qu'on n'a pas à craindre pour l'avenir des aurifications ainsi faites.

BIBLIOGRAPHIE

La syphilis héréditaire et le rachitis, par M. le Dr J. Parrot, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage publié par les soins du Dr Troisier. Masson, 1886.

La syphilis héréditaire tardive, leçons professées par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Masson, 1886.

Etude critique et clinique sur les altérations dentaires attribuées à la syphilis héréditaire, in Lyon. Médical, 1886 (1),

Depuis 1856, époque où J. Hutchinson attira l'attention sur les signes pathognomoniques de l'érosion et des malformations dentaires, bien des hypothèses ont été émises sur leurs causes.

Tous les troubles de la pathologie infantile ont eu des défenseurs exclusifs qui généralisèrent le phénomène, la conséquence qu'ils avaient observé. Des travaux récents nous permettent de mieux juger cette question controversée.

On le sait, trois hypothèses ont été exposées pour expliquer la formation de l'érosion.

Selon Hutchinson et Parrot, elle serait causée par la syphilis héréditaire exclusivement. Selon Magitot, elle serait consécutive à l'éclampsie. Selon Fournier, elle dériverait de causes multiples, diverses, elle serait une lésion de nutrition pouvant être déterminée par toutes les causes morbides qui donnent lieu à de troubles de nutrition pendant la période de dentification.

Le livre posthume de M. Parrot montre surabondamment que la syphilis héréditaire a un retentissement sur le système dentaire (celui de M. Fournier également), et cette partie des conclusions du regretté professeur n'est plus contestable ; ce qui l'est, c'est le rôle exclusif qu'il accorde à cette diathèse dans la production de l'érosion.

Affirmer comme il le fit, que la syphilis existait en France à l'époque mérovingienne, parce qu'un crâne découvert portait des dents érodées est fort contestable.

Il aurait fallu prouver tout d'abord qu'on n'a jamais vu d'érosion sans qu'il y eût syphilis héréditaire. Non seulement c'est faire bon marché des observations de M. Magitot, mais aussi de celles de Fournier. Ce qui est plus difficile, qu'on en juge :

« Un de mes plus intimes amis, un camarade d'enfance dont « je connais toute la vie, comme il connaît la mienne, a un fils « qui présente quatre dents affectées d'érosion. Eh bien ! ni cet « enfant, ni sa sœur, ni son père, ni sa mère n'ont jamais eu le « moindre symptôme syphilitique. Cela je m'en porte garant. »

Autre témoignage tiré d'un ordre de faits tout différent :

---

(1) Le sujet n'est pas nouveau pour nos lecteurs il a été exposé à plusieurs reprises dans l'Odontologie. La leçon la plus importante de M. Fournier sur l'érosion et ses formes a été publiée in-extenso dans nos numéros d'Août et Septembre 1883. Elle est reproduite telle quelle dans le livre dont nous parlons

« De l'aveu général, la vérole n'existe ni chez le bœuf, ni chez « le chien. Or, on a constaté des sillons dentaires sur le bœuf et « sur le chien, ainsi du reste, paraît-il, que sur d'autres espèces « animales.

» Sur un bœuf Durham, âgé de quatre ans, M. Magitot a vu « les deux pinces centrales affectées d'érosions symétriques. Ces « érosions étaient transversales et profondes. Elles occupaient « le tiers supérieur de la couronne.

» A l'examen histologique, on trouva une zone de dentine « globulaire correspondant au niveau de l'érosion. Il s'agissait « donc bien, dans ce cas, d'une lésion semblable en tous points « à l'érosion dentaire de l'homme.

» De même, M. Capitan a récemment montré à la Société « d'antrhopologie une mâchoire de chien affectée d'érosions den- « taires multiples. »

« Voici le résumé d'une note que M. le professeur Trasbot a « bien voulu me transmettre à ce sujet :

« ... Les érosions dentaires sont fréquentes chez le chien, « notamment sur les incisives et les canines. On en rencontre « aussi parfois, mais beaucoup plus rarement, sur les premières « molaires.

« A ma connaissance, la cause unique de ces altérations den- « taires est le développement de la variole (vulgairement désignée « sous le nom de « maladie du jeune âge » ou de « maladie du « chien »), survenant avant la sortie des dents d'adulte, c'est-à- « dire, avant le sixième mois ; lorsqu'elle affecte des sujets au- « dessous de cet âge, la variole revêt en général une forme grave. « Son éruption est incomplète ou presque nulle, tandis que sur- « gissent des complications viscérales variées (bronchite ou bron- « cho-pneumonie, méningite crânienne ou rachidienne, méningo- « myélite, etc.) qui sont souvent mortelles, chez plus de la moitié « de ceux qui survivent on voit ensuite apparaître les dents de « remplacement avec des érosions plus ou moins profondes. »

Cette fois la démonstration est faite, on pourra désormais accorder à la syphilis héréditaire une part plus ou moins grande dans l'étiologie de l'érosion, mais on ne défendra plus qu'elle résulte de cette cause unique.

Il en est de même pour la théorie de M. Magitot. Ses observations montrent bien que l'éclampsie produit des troubles sur la dentification de la dent, que cette dernière en enregistre le souvenir, mais il n'est pas plus heureux que M. Parrot dans son exclusivisme ; d'autant plus que l'éclampsie elle-même n'est, dit M. Fournier, que la manifestation apparente d'un désordre antérieur, et est bien souvent consécutive à la syphilis héréditaire.

Voici un cas typique qui a lui seul est une démonstration suffisante du mal-fondé des conclusions de M. Magitat :

« Un jeune enfant, pour lequel j'ai été maintes fois consulté,

« présente des érosions dentaires absolument typiques. Or, cet « enfant, fils adoré d'une famille ultra-attentive aux moindres « détails de sa santé, a été traité depuis sa naissance jusqu'à ce « jour par mon confrère et ami Dr R. Blache. Il n'est pas une « de ses maladies, pas une de ses plus légères indispositions, pour « laquelle M. Blache ou moi ou quelquefois même tous les deux « à la fois, n'ayions été mandés près de lui. Eh bien, cet enfant, « en dépit de ses érosions dentaires, n'a jamais eu l'ombre d'une « convulsion ou de quoi que ce soit qui ressemble à une convul- « sion. Cela M. Blache me l'affirmait encore ces derniers jours ; « et inutile de dire que le père et la mère (qui n'ont pas perdu de « vue leur enfant un seul jour depuis sa naissance) m'ont con- « firmé cette assertion. »

La syphilis héréditaire, la syphilis acquise dans la première enfance, — par contact de sein, de vases contaminés, — l'éclampsie, des traumatismes, des maladies de la gestation, etc., peuvent donc donner lieu à l'arrêt de la dentification qui se traduit par l'érosion. Les conclusions de M. Fournier s'appuient sur des observations nombreuses, sur des raisons d'ordre physiologique et pathologique rigoureusement déduites, nous sommes convaincus que les travaux ultérieurs les confirmeront.

Comment s'étonner du rôle de la syphilis héréditaire dans les troubles de la dentification, quand on voit ceux qu'elle apporte à l'évolution de l'enfant. M. Fournier le rappelle :

« Cette diathèse produit : l'extermination des jeunes. La syphilis « tue les enfants comme ne le fait aucune autre maladie. Elle les « tue *in utero*, avant leur naissance ; elle les tue dans les premiers « mois ou plus tard. Si le traitement spécifique ne corrige pas « cette désastreuse influence de la diathèse, plusieurs enfants « d'une même famille, c'est-à-dire deux trois, quatre, cinq, six et « plus, peuvent payer un tribut fatal au germe héréditaire qui les « poursuit.

« Eh bien, rapprochement curieux, cette mortalité multiple des « jeunes se rencontre également dans les familles où l'on observe « les érosions dentaires.

« Etant donné un enfant affecté d'érosions dentaires, remontez « aux antécédents de famille, et il vous arrivera fréquemment « d'apprendre que plusieurs frères ou sœurs de cet enfant sont « morts en bas âge où morts avant de naître ; parfois même vous « serez surpris de la mortalité insolite qui s'est abattue sur les « enfants de cette famille.

« De cela voici la preuve.

« Dans la série des observations suivantes, toutes relatives à « des sujets affectés d'érosions dentaires, on trouve, notez ceci, « comme mortalité d'enfants dans chaque famille :

(Voici les plus graves :)

Observations	de Stanley	4 enfants morts	sur	9
—	de Parinaud	4 —	—	8
—	de Ravington	4 —	—	5
—	de Fournier	5 —	—	9
—	de Fournier	5 —	—	8
—	de Coupland	7 —	—	12
—	de Fournier	7 —	—	9
—	de Coupland	9 —	—	15
—	de Lancereaux	9 —	—	12
—	de Carré	11 —	—	12

L'érosion n'est pas la seule manifestation de la syphilis héréditaire sur le système dentaire, la déchéance organique qu'elle entraîne se trahit encore par d'autres malformations, le microdontisme ou nanisme des dents, l'amorphisme des dents, anomalie consistant en la perte des formes particulières à chaque dent. « Les incisives latérales ressemblent plutôt à des chevilles d'ivoire qu'à des dents. » (Hutchinson). Enfin cette nutrition pervertie, entravée, crée un système dentaire vulnérable même en l'absence de malformations extérieures des dents ayant « un émail friable, plâtreux, peu adhérent, craquelé. »

Elle produit aussi des retards dans l'éruption.

Les chapitres que M. Fournier a consacrés à l'état des dents chez les hérédo-syphilitiques sont des plus instructifs pour le dentiste ; il serait à souhaiter que, pour toutes les maladies, l'enquête ait été aussi minutieusement faite et qu'on connût exactement l'influence de toutes les diathères congénitales et acquises sur les dents.

La discussion qu'a soulevé Hutchinson il y a trente ans, n'a pas été sans profit pour la science. La lumière s'en est dégagée peu à peu Nous sommes heureux de voir un esprit aussi éminemment français que celui de M. Fournier avoir eu l'honneur de dégager la vérité du fatras des contradictions, des observations d'esprits systématiques, qui ne voient et ne veulent voir dans les faits que ce qu'ils avaient entrevu tout d'abord. Nous sommes fiers pour notre pays de l'étude magistrale du savant professeur de la Faculté de Médecine ; elle restera désormais classique comme tant d'autres, sorties de sa plume.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Par M. Paul Dubois

L'Iodol

Nous avons déjà parlé de cet antiseptique (1), qui, quoique d'apparition récente, est appelé à rendre les plus grands services,

(1) V. Odontologie, février 1886. p. 84.

et peut-être à remplacer un des meilleurs agents de la médication externe de la thérapeutique dentaire et l'iodoforme.

La note suivante permettra à nombre de nos lecteurs de l'expérimenter et de confirmer ou d'infirmer les espérances qu'il fait naître.

L'iodol, C. 4. J. 4 A. z. H. a été obtenu synthétiquement pour la première fois en 1883, par MM. Ciamican Silbert ét Dennstedt, par l'action de l'iode sur le pyrole.

C'est une poudre d'un brun clair, brunissant à la lumière, et par conséquent devant en être préservée; il donne une réaction légèrement acide, il est insipide, sans odeur désagréable; l'iodol ne paraît pas s'altérer à des températures inférieures à 100°, au-dessus il dégage des vapeurs d'iode très intenses et finalement il produit un résidu charbonneux, très lourd, très volumineux, très difficile à pulvériser.

Il contient 89 pour cent d'iode.

Insoluble dans l'eau, ou a peu près (5000 parties d'eau dissolvent 1 d'iodol), il est très soluble dans les principaux véhicules de la pharmacopée.

3	parties d'alcool	dissolvent	1	d'iodol
2	—	d'éther	—	»
7	—	d'huile chaude	—	»
50	—	chlorotorme	—	»

L'alcool perd de sa puissance dissolvante si l'on abaisse son degré. La glycérine à froid en dissout fort peu, mais une solution d'iodol à 20 0/0 dans l'alcool, reste stable si on y ajoute quantité égale de glycérine. Sa faculté de se dissoudre est donc supérieure à celle de l'iodoforme, qui demande en unités 80 d'alcool, 7 d'éther et 24 d'huile chaude pour dissoudre 1 d'iodoforme. (Ce dernier est pourtant plus soluble dans le chloroforme qui en dissout le 15e de son poids).

Employé tout d'abord en applications externes pour les ulcérations syphilitiques par Manzoni à Rome, il a été trouvé très efficace dans beaucoup d'affections oculaires, et pour la plupart des maladies de l'oreille. Les Drs Hubert et Baratoux l'ont substitué avec avantages à l'iodoforme, comme agent de pansements sur l'œil ou dans les oreilles.

Il ne provoque pas la moindre réaction inflammatoire, quoiqu'il amène une cicatrisation rapide des plaies; il appartient donc à cette classe d'antiseptiques non escharotiques, dont on ne saurait trop préférer l'emploi à celui de leurs congénères qui agissent en détruisant non seulement les micro-organismes, mais encore, les tissus en contact avec eux.

Il est très probable qu'il agit comme l'iodoforme, en dégageant peu à peu l'iode qu'il renferme et que ces quantités d'iode ne sont pas assez massives pour produire de l'irritation.

En thérapeutique dentaire il est indiqué dans tous les cas où on fait usage de topiques antiseptiques, et particulièrement dans

la carie du 4e degré. Nous l'avons employé à cet usage avec d'excellents résultats ainsi que dans un cas où nous avions pratiqué la trépanation de l'alvéole externe, pour traiter une tumeur périostique ayant causé une poussée purulente intense à la pointe d'une racine de grande incisive supérieure. Il ne provoqua aucune irritation locale et amena rapidement la cessation de la suppuration et la fonte du néoplasme.

Nous ne l'avons employé jusqu'ici qu'associé à la vaseline par parties égales.

Des cas semblables traités autrefois avec de l'iodoforme, n'eurent pas une amélioration et une guérison aussi rapides. Il est un désinfectant énergique.

En médecine, en chirurgie, on s'est plaint, — surtout pour la pratique civile, — de l'odeur de l'iodoforme ; certains médecins y avaient même renoncé, le public interprétant son odeur comme un indice d affections vénériennes. Dans la bouche, ces inconvénients etaient augmentés, et quel est celui de nous qui n'a eu à subir les reproches de ses patients à ce sujet.

L'iodol n'a à aucun degré les mêmes inconvénients et il est un agent aussi efficace d'antiseptie.

Manzoni lui attribue des qualités d'anesthésie locale.

Voici quelques formules à notre usage.

Pour porter sur des mèches dans les caries perforantes :

Iodol........................	2 gr.
Alcool......................	10 gr.

Iodol........................	2 gr.
Ether........................	10 gr.

Iodol........................	1 gr,
Collodion..................	20 gr.

Iodol........................	2 gr,
Vaseline	2 gr.

Iodol........................	1 gr.
Camphre....................	10 gr.
Vaseline	10 gr.

La vaseline est un excellent véhicule formant un corps gras glissant bien sur les parois des canaux, tout en résistant à l'action dissolvante des liquides buccaux. Après avoir retiré la mèche, une certaine portion du pansement reste en place.

Iodol	1 gr.
Alcool........................	10 gr.
Eau...........................	100 gr.

pour irrigation dans la carie perforante.

Dans la gingivite et l'ostéo-periostite il doit donner d'excellents résultats, mais nous ne l'avons pas encore expériment dans

ce but. On pourrait l'associer à une poudre inerte afin d'en faire une poudre dentifrice antiseptique, les solutions dans l'alcool permettront de faire des collutoires et des gargarismes. Nous entretiendrons prochainement nos lecteurs de ses effets dans les affections gingivales.

PERMANGANATE DE POTASSE (Composé caustique).

Permanganate de potasse.	30 gr.
Eau distillée	50 gr.

EAU OZONISÉE ANGLAISE

Permanganate de potasse	2 gr.
Eau.	1.000 gr.

GARGARISME PERMANGANATE DE POTASSE

Permanganate de potasse	2 gr.
Eau.	500 gr.

LINIMENT ANTI-NÉVRALGIQUE (Gueneau de Mussy).

Alcoolat de Mélisse.	20 gr.
Teinture d'Aconit	10 gr.
Chloroforme.	5 gr.

Mélez. — On imbibe un morceau de flanelle de ce liquide, et on s'en sert pour frictionner la région douloureuse.

GARGARISME CONTRE LA SALIVATION MERCURIELLE

Décoction de quinquina	60 gr.
Infusion de sauge	60 gr.
Chlorate de Potasse	4 gr.
Acide chlorydrique.	8 goutt.
Sirop d'écorces d'oranges	30 gr.

Toucher les ulcérations avec le crayon de nitrate d'argent. (*Gaz. franç. de Médec. et de Pharm.*)

POUDRE DÉSINFECTANTE (Sigmund).

Goudron de hêtre ou huile de cade. . .	20 à 40 gr.
Sulfate de chaux pulv.	200 gr.

Mélez intimement, séchez et pulvérisez.

Pour saupoudrer les plaies de mauvaise nature après nettoyage. (*Union Medicale*).

De la théine comme analgésique local. — Ces expériences, qui confirment les observations antérieures de M. Mays, ont été pratiquées au moyen d'injection hypodermiques sous la peau de l'avant-bras.

Immédiatement après, aux alentours de la piqûre, la peau perdait sa sensibilité, se congestionnait et présentait une élévation de température. Plus tard on constatait des symptômes généraux et de l'excitation cérébrale qui persistait pendant dix à douze heures.

En installations entre les paupière la solution de theïne à 4 p. 0/0, produit l'anesthésie partielle et la congestion conjonctive. Cette solution ne s'obtient qu'en maintenant le dissolvant à la température de 125 à 130 Fahrenhert (centigrades). M. Castle a prescrit des injections hypoden

niques d'un sixième à un tiers de grain aux rhumatisant et dans de cas de névralgie sciatique. Les douleurs articulaires et nerveuses on paru diminuer. (*Union Méd.*).

L'Alun contre les brûlures. — Nous avons constaté qu'une solution aqueuse d'alun est un très bon remède contre les brûlures au deuxième degré. On peut employer la dose suivante :

Alun.	2 gr.
Eau ordinaire.	20 gr.

Mêlez. — Une compresse de ce liquide qu'on renouvelle souvent. Il y a cuisson d'abord, elle cesse avec le temps ; on peut abaisser ou élever la dose du sulfate d'alumine (*Avenir Pharmac.*).

Glycéré contre les brûlures :

Hydrate de chaux	3 gr.
Glycérine	150 gr.
Ether chlorydrique chloré.	3 gr.

Mêlez. — Ce glycéré est destiné à remplacer le liniment oléo-calcaire. On en imbibe des compresses que l'on applique sur les brûlures et on recouvre le tout de taffetas gommé. (*Union Médic.*).

L'hypnone. — Ce nouvel hypnotique est désigné sous le nom de phénil-méthyl-acétone ou acéto-phénol, auquel M. Dujardin- Beaumeztpropose de donner le nom d'hypnone. Il a étudié les propriétés physiologiques de ce corps avec le docteur Bardet. Administré à l'intérieur, dissous dans la glycérine, à la dose de 10 à 15 centigrammes, il détermine le sommeil, et, chez les alcooliques, ses effets paraissent supérieurs à ceux du chloral et de la paraldéhyde. Chez les neuf malades auxquels ce médicament a été administré, il n'a produit aucun effet fâcheux, si ce n'est l'odeur désagréable de l'haleine produite par l'élimination de cet acétone par la muqueuse pulmonaire.

Administré sous la peau des cabayes à l'état pur, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, il détermine un état de somnolence qui se transforme en une forme comateuse dans laquelle l'animal succombe au bout de cinq à six heures.

Cette phényl-méthyl-acétone fait partie de la série aromatique qui a déjà fourni tant de nouveaux médicaments à la thérapeutique, et la communication faite par M. Dujardin-Beaumetz, fait partie d'un travail d'ensemble sur les différents corps de cette série étudiés en fonction de leur composition chimique. (*Union Médic*).

DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

Dans l'importante et magnifique découverte des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme, si le physiologiste doit se préoccuper d'une série de phénomènes nombreux et variés, le chirurgien borne son attention à une question capitale, ne pas atteindre la période redoutable de collapsus, dans laquelle une asphyxie rapide peut amener la mort de l'opéré. Devant les accidents qui se sont produits trop fréquemment, tant en ville que dans les hôpitaux, il est urgent de rechercher les règles qui doivent donner, à cet égard, toute assurance au chirurgien.

Nous reproduisons les conclusions formulées par M. Simonin, secrétaire perpétuel de l'Académie de Nancy, d'après sept cents observations de sa clinique chirurgicale. Il résume, en trois points fondamentaux, constituant une sorte de trépied physiologique, la série de symptômes qui caractérise la vraie période chirurgicale, celle qui, avec l'insensibilité pour la douleur, laisse le malade à l'abri d'accidents.

Voici leur énumération :

1° Manifestation de l'insensibilité périphérique, notamment au tempes, à la cornée, au muscle orbiculaire des paupières.

2° Trismus, ou état de contraction des muscles des mâchoires persistant pendant toute la période chirurgicale, bien que tout le reste du système musculaire se trouve arrivé à l'état de résolution, et ne cessant, dans la succession croissante des phases de l'éthérisme ou de la chloroformisation, qu'à l'approche de la période de collapsus qu'on doit éviter ;

3° Manifestation de la contraction ou du relâchement de l'iris, qui permettent au chirurgien d'arriver aussi à des conclusions précises, quoique moins absolues. Le resserrement de la pupille accompagne la période, dite chirurgicale, de la chloroformisation ; et, tant que dure cette contraction, il n'existe aucun péril pour la vie du sujet anesthésié, tandis que la dilatation de la pupille doit, au contraire, inspirer des inquiétudes pour lui, ou, tout au moins, provoquer une grande attention de la part de l'opérateur.

(*Gaz. franc. de méd. et de pharmac.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De l'opportunité de l'application de la loi du 19 Ventose an XI, a la profession de dentiste

par S. Fillatreau,

Médecin de la Faculté de Paris, chirurgien-dentiste de l'Ecole municipale J.-B. Say, ex-chirurgien odontologiste de l'Ecole normale des instituteurs de la Seine 1876-1886, ex-aide-major attaché aux ambulances militaires du sixième secteur, inventeur de l'avulseur Fillatreau, instrument de chirurgie pour l'extraction des projectiles, employé pendant la guerre franco-allemande, membre de la Société odontologique de France, membre de la Société d'ethnographie, etc. Paris, chez l'auteur en son cabinet, 81, rue de Passy, 1886.

Qui aurait jamais supposé qu'en l'an de grâce 1886, un dentiste demanderait l'application pure et simple d'une loi tombée en désuétude, d'une loi qu'on veut remplacer à bref délai ; qu'au mépris des progrès qui ont fait de l'art qu'il exerce un art complexe, ayant sa technique, son champ scientifique spéciaux, il demanderait sa réintégration sur le tronc dont il émana ; qu'à l'encontre du mouvement moderne, qui incite les travailleurs à la spécialisation de la science et de la pratique, il demanderait la confu sion dans l'étude et dans l'exercice professionnels ?

Et partout il en est ainsi si nous en croyons le placard que nous avons sous les yeux.

L'auteur s'appelle M. S. Fillatreau ; c'est la première fois que son nom se révèle à ses confrères. Pour son début, il n'a pas

voulu qu'on l'accusât de les flatter, et c'est par une critique sévère de leurs efforts qu'il se fait connaître.

Ces écoles, cet enseignement spécial, cette liberté d'exercice, ne lui disent rien qui vaille. La loi de Ventôse répond à tout; qu'on nous y ramène, qu'on l'applique en l'étendant aux dentistes, et tout sera pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Ni les efforts infructueux de ses devanciers, ni l'exemple des pays voisins, ni les événements contemporains, ne sont faits pour influencer cet homme à convictions inébranlables, et la loi de Ventôse n'aurait-elle plus qu'un seul défenseur. *Il serait celui-là.*

Afin qu'on puisse apprécier les griefs de M. S. Fillatreau contre le mouvement contemporain, nous devrons faire des citations nombreuses; toutes ayant leurs mérites, nos lecteurs seront heureux de les connaître.

Comme entrée en matière, l'auteur nous apprend que « les » écoles dentaires, comme les cabinets des dentistes, ne peuvent » exister aujourd'hui qu'à la faveur du silence de la loi du » 19 Ventôse. » (Il en est généralement ainsi pour tout ce qui n'est pas interdit légalement, les lois n'énumérant pas tout ce qu'elles permettent, mais ce qu'elles défendent.)

« Les fondateurs de ces écoles dont l'intention est certainement » louable (cela est aimable), ne pourront toutefois donner à » leurs élèves qu'une instruction insuffisante (pourtant supé- » rieure à celle que vous avez reçue). Il ne faut pas être grand » clerc pour comprendre que le simple dentiste qui, la plupart » du temps, a exercé, avant de se familiariser tant bien que mal » avec l'art dentaire, une profession n'ayant aucun rapport avec » les sciences médico-chirurgicales, ne saurait, malgré le pré- » tendu diplôme délivré par une école dentaire, posséder le » bagage scientifique et la sûreté de main nécessaires dans la » pratique des opérations à exécuter sur la bouche, ou, si vous » aimez mieux (ça nous est égal), sur des organes aussi délicats » que les dents. »

Tiens ! tiens ! mais cette sûreté de main nécessaire, etc., etc., vous avez lu cela quelque part, est-ce que ce ne serait pas dans une brochure intitulée : « le Bon sens en prothèse dentaire (1) que l'un de nous a tirée de l'oubli ? Vous connaissez vos classiques, cher confrère, et, malgré votre esprit personnel, vous ne pouvez vous défendre de certaines réminiscences.

« On ne peut voir dans ce pseudo-diplôme que la justification » d'une sorte de droit de maîtrise incompatible avec les principes » de liberté qui règnent actuellement. »

Ah ! celle-là est de vous. Vous y avez mis votre griffe ; on ne s'y trompera pas.

---

(1) V, Odontologie, septembre 1883. P. 270.

Comment ! un diplôme conféré par une institution libre dans une profession ouverte à tous, un diplôme qui n'est que la constatation d'études antérieures, d'examens subis, sans droit d'exercice privilégié ; ce diplôme serait une sorte de droit de maîtrise. Vous n'avez donc pas essayé d'apprendre ce qu'étaient les maîtrîses avant d'en parler publiquement. C'est fâcheux, très fâcheux pour un homme qui se fait le conseil des législateurs, le censeur de ses pairs.

L'Association générale des Médecins de France a tenu sa 27e session annuelle les 2 et 3 mai. La caisse de l'association possède un capital de 1.963.600 francs. Il a été servi pendant l'année écoulée 93.314 fr. de pensions et de secours. Nous aimerions à voir notre caisse de secours dans une situation analogue. Nous notons aussi avec plaisir, que la tentative retrograde du Dr Surmay, demandant la création d'un ordre des médecins semblable à l'ordre des avocats a été rejeté.

Si les corporations avaient pour résultat de restreindre la liberté du travail, la liberté individuelle, les maux qui en résulteraient seraient plus grands que leurs services.

Les raisons données par le Dr Ranse, rapporteur, ont une portée générale ; les conseils qu'il donne peuvent servir à d'autres que ceux à qui il s'adressait. C'est à ce titre que nous les reproduisons

« Associons-nous donc pour suivre en commun des recherches
« scientifiques et enrichir la pratique de conquêtes nouvelles.

« Associons-nous pour prévoir les jours d'épreuves et assurer à
« notre vieillesse la tranquillité des derniers jours.

« Associons-nous pour faire respecter nos droits et défendre nos
« intérêts menacés.

« Mais n'oublions pas qu'à côté et au-dessus des intérêts scien-
« tifiques et matériels se placent les intérêts moraux, et sachons
« sauvegarder ceux-ci en faisant de l'honorabilité et de la dignité
« professionnelles la première condition pour entrer et rester dans
« toutes nos Sociétés, dans toutes nos associations.

« Faisons d'ailleurs la propagande la plus active pour l'exten-
« sion de l'Association sous toutes ses formes ; peu à peu le nom-
« bre des indifférents diminuera, et, le jour où il sera établi que le
« titre de membre de telle société, de telle association, est un bre-
« vet d'honorabilité, il ne restera plus, en fait d'isolés, que les
« indignes. La scission entre eux et nous se sera faite ainsi sans
« lutte, sans conflit, sans intervention d'un code quelconque, par
« une sorte de sélection toute naturelle.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un de nos confrères, M. Pernart. Il succomba à la suite d'une courte maladie, à l'âge de 54 ans.

NOUVELLES

M. le Dr Th. David vient, par décret en date du 21 juillet 1886, d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Cette marque de distinction accordée au *Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris* venant à la suite de celles dont ont été l'objet plusieurs membres du conseil de Direction et du Corps enseignant de l'Ecole prouve la sympathie qu'inspirent au gouvernement de la République notre œuvre et le but que nous poursuivons. — Elle nous permet d'espérer que la bienveillance gouvernementale se traduira bientôt à l'égard de notre société par des mesures d'une plus haute portée encore.

En attendant, nous sommes heureux d'adresser au ministre du commerce et à notre sympathique confrère, au nom de notre groupe, toutes nos félicitations.

C. G.

Nous publions ci-dessous le décret du 21 juillet 1886, extrait du *Journal officiel* du 22 juillet, qui fait mention de cette nomination :

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du commerce et de l'industrie ;

Vu la loi du 25 juillet 1873 sur les récompenses nationales ;

Vu la déclaration du conseil de l'ordre en date du 19 juillet 1886, portant que les nominations et les promotions du présent décret sont faites en conformité des lois, décrets et règlements en vigueur,

Décrète :

Art. 1er. — Sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

. . . .

Au grade de chevalier :

MM. . . . .

. . David (Théophile), docteur en médecine à Paris, lauréat de la faculté de médecine de Paris. Est attaché comme médecin à divers lycées, directeur de l'école et de l'hôpital dentaires de Paris. Titres exceptionnels.

. . . .

Parmi les titres énumérés dans ce décret, il est bien entendu que celui de *Directeur de l'Ecole et de l'Hôpital* SANITAIRES *de Paris* est le résultat d'une curieuse coquille, une école et un hôpital portant ce nom n'existant pas. C'est *Directeur de l'Ecole et de l'Hôpital* DENTAIRES *de Paris* qu'il faut lire.

C. G.

Le Dr Labonne, un des pharmaciens de notre Association Générale, a reçu récemment à la suite de missions scientifiques les palmes académiques. Nous sommes heureux de l'en féliciter.

Notre confrère, M. le Dr Didsbury, a été honoré de la même distinction.

M. le Dr Herbst ayant reçu une invitation d'aller aux Etats-Unis s'y est rendu ; il doit faire des démonstrations de sa méthode devant plusieurs sociétés odontologiques de ce pays. Les démonstrations seront faites à la clinique de la Société du premier district de New-York.

Les convocations sont faites par MM. Bodecher et Atkinson, présidents.

Dans sa dernière séance, le Collège professoral de la Faculté de médecide de Vienne a nommé une commission composée de MM. les professeurs Albert Billiroth et Dittl et de MM. les docents d'odontologie Schei senior et Steinberger, avec mission d'élaborer le plan et le programme d'une Ecole d'odontologie.

Nous recevons communication de l'arrêté suivant :

LE MAIRE DE LA VILLE DE DIEPPE

Vu les art. 88 et 94 de la loi du 5 avril 1884 ;

Vu la délibération du Conseil municipal en date du 26 juin dernier ;

Vu l'avis favorable de la commission administrative des hospices :

Considérant que parmi les mesures d'hygiène dont l'administration municipale doive se préoccuper, l'une des plus importantes est celle qui a pour but la surveillance de la dentition des enfants.

ARRÊTE :

Article premier.— Un service dentaire est créé en cette ville pour les enfants de l'un et l'autre sexe fréquentant les écoles primaires communales ;

Il comprendra une inspection annuelle et des consultations hebdomadaires.

Art. 2.— M. Touchard (Fernand-Jules), chirurgien-dentiste, à Dieppe, est chargé de ce service.

Art. 3. — L'inspection aura lieu dans chaque école, à la fin de l'une des deux classes.

Au moment de l'inspection il sera délivré un bulletin signalant l'état de la bouche et les opérations à faire.

Art. 4. — Le choix d'un dentiste autre que celui du dispensaire sera laissé aux parents qui donneront ou refuseront leur acceptation.

Art. 5. — Dans les cas d'acceptation les élèves désignés pour recevoir des soins seront reçus tous les jeudis de neuf à onze heures du matin à la consultation dentaire donnée au dispensaire municipal établi à l'Hospice.

Art. 6. — Les opérations seront faites dans le même local ; elles seront gratuites pour les enfants dont les parents seront hors d'état de payer.

Fait à Dieppe, en l'Hôtel-de-Ville, le 19 novembre 1885

Le Maire,

Signé : DUPRAT.

Le sous-préfet de Dieppe accuse réception à M. le maire de Dieppe de l'arrêté en date du 19 novembre 1885, portant création d'un service

dentaire, en cette ville pour les enfants fréquentant les écoles communales et chargeant de ce service M. Touchard (Fernand-Jules), chirurgien-dentiste.

Dieppe, le 20 novembre 1885,
Le sous-préfet,
Signé : FÉLIX GRENIER.

Pour copie conforme,
Le maire,
DUPRAT.

Nous sommes heureux de féliciter la municipalité de Dieppe l'excellente mesure qu'elle vient de prendre et M. Touchard qui l'a suggérée.

LA RÈGLEMENTATION EN BELGIQUE

Comme on le sait, en Belgique l'exercice de la profession de dentiste est règlementé, les examens pour obtenir le droit d'exercice sont illusoires et ne cadrent pas avec les exigences de savoir théorique et pratique que demande l'exercice de notre profession.

On veut modifier les conditions d'études, ainsi que l'examen donnant le droit d'exercer. L'Académie de Médecine de Belgique vient de formuler ses vœux dans un avant-projet, la Société Odontologique de Belgique, organe des dentistes belges, veut de son côté faire connaître ses vues à cet égard. Nous l'apprecierons.

Quoi qu'il en soit, un point est acquis. Certains rétrogrades demandaient l'assimilation complète de l'art médical et de l'art dentaire. On a écarté cette prétention, et le projet actuel admet un enseignement spécial et des examens spéciaux.

Nous ferons connaître à nos lecteurs l'opinion de nos confrères belges sur cette question vitale pour eux et les décisions définitives du gouvernement.

LA RÈGLEMENTATION EN SUISSE

La Société Odontologique Suisse vient de son côté de demander au gouvernement fédéral une unification des règlements cantonaux substituant un examen fédéral aux conditions actuellea, qui sont différentes selon les cantons.

On nous communique l'annonce suivante :

Le diplôme de docteur dentiste, on le procure sous garantie de légalité aux artistes instruits en dents fausses. Adresse : H. PANZER, n° 1, Leatherseller's Buildings, London Wall, London E. C. Ecrire en anglais, français ou allemand.

Le Directeur Gérant : P. DUBOIS.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat.

VOL. 6. Paris, Août 1886. N° 8

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR AOUT 1886

HYGIÈNE INDUSTRIELLE

INSPECTION DENTAIRE DANS LES USINES D'ALLUMETTES CHIMIQUES
LA NÉCROSE PHOSPHORÉE. SA PROPHYLAXIE

Par M. P. DUBOIS.

I

La santé, l'existence même sont compromises par l'exercice de certaines industries ; dans la civilisation tout n'est pas bienfait, et le progrès, les commodités de la vie s'achètent encore trop souvent aux dépens de l'humanité.

C'est à restreindre, et si possible, à faire disparaître les causes artificielles de destruction que l'hygiéniste doit s'attacher, heureux si dans cette lutte contre le mal, il reste le vainqueur définitif.

Pour prévenir, il faut connaître, et la nécrose phosphorée a des origines et une marche bien obscures. Si cette étude contribue à l'édification d'une pathogénie exacte du mal chimique, nous serons heureux d'avoir quelque peu servi l'humanité et la science.

Si le mal terrible que la fabrication des allumettes chimiques a créé est appelé à disparaître, nous serions fiers que ce grand résultat fut dû en partie à des dentistes. Nous souhaitons de tout notre cœur que la théorie de M. Magitot se trouve confirmée par une longue pratique du service que la Compagnie Générale des Allumettes chimiques nous a demandé de créer, et que la nécrose phosphorée devienne un sujet de pathologie historique.

Quand Savaresse, un français, inventa les allumettes chimiques, — invention dont s'empara aussitôt l'Allemagne, — on ne se doutait pas, qu'une maladie ignorée jusque là, allait en résulter. Pourtant, peu d'années s'étaient écoulées depuis la création de la nouvelle industrie, que des cas nombreux attiraient l'attention des chirurgiens et des hygiénistes sur la nocuité de la manipulation, de la respiration du phosphore. La nouvelle maladie était redoutable et singulière ; elle détruisait les os de la face, gagnait même la base du crâne sans que les autres parties du squelette fussent jamais atteintes.

En France, Roussel, Sédillot, Nélaton, U. Trelat, Ch. de Freycinet, Gubler, Magitot ; en Angleterre, Taylor, Stanley, Sir J. Paget, Salter ; en Allemagne, Loreinser, Bibra, Geist, Wirchow, Billroth, etc., etc., travaillèrent à la solution de ce problème compliqué.

Après un demi siècle de recherches, et malgré les lumières des hommes éminents dont nous venons de citer les noms, la pathogénie de la nécrose phosphorée est encore incertaine, on ne connaît pas sûrement la voie de pénétration du phosphore, la raison de sa localisation sur les maxillaires.

Un des points les plus contestés, est l'état et le rôle des dents dans la production de la nécrose phosphorée. Selon les uns, elles restent indemnes de toute altération chez les nécrosés ; selon d'autres, le phénomène initial est la création, la généralisation de la carie dentaire. Strohl, Trélat, Gubler affirment que leurs altérations sont accessoires. Roussel, Geist, Magitot, Salter que seules les dents cariées offrent une porte d'entrée au poison. Ayant été à même de constater l'état des dents sur tous les individus qui, dans les usines dites de Paris (Pantin, Aubervillers), travaillent aux allumettes chimiques, nous avons pensé utile de faire connaître les résultats de notre examen.

Nous n'avons certes pas la prétention de résoudre les problèmes compliqués que la nécrose d'origine phosphorée soulève, mais seulement, de faire connaître quelques données précises qu'il nous a été donné de constater.

Afin de faciliter la tâche de ceux qui peuvent être chargés d'un service semblabe au nôtre, nous résumerons brièvement l'état de nos connaissances sur le mal chimique, et principalement sur les diverses hypothèses pathogéniques qui expliquent le processus et la marche de l'intoxication.

L'établissement du monopole a changé les conditions de fabri-

cation des allumettes chimiques ; on verra que cette modification a eu des conséquences hygiéniques, et nous montrerons dans un court parallèle les différences de l'ancienne fabrication libre et de celle que la loi de 1875 a institué.

Comme on le verra, les lacunes, les côtés obscurs sont nombreux dans l'étude de cette question. Si quelques faits puisés dans ce mémoire permettent l'élaboration de solutions rationnelles, notre travail n'aura pas été inutile. C'est notre seule ambition.

II

Considérations générales. — Quelle que soit la cause de la nécrose phosphorée, un fait est indubitable, c'est que sa manifestation primitive est localisée aux maxillaires, et même à leurs bords alvéolaires, le corps, la base de l'os, les os de la face, ceux de la base du crâne peuvent être atteints ; cela ne se produit que secondairement, les parties mortifiées sont toujours contiguës. On ne l'a jamais observé sur d'autres parties du squelette. La description suivante, empruntée à la thèse de M. Trélat, donnera une idée complète des phénomènes du début. Nous ferons à ce travail de nombreux emprunts ; car il reste encore, après trente ans, le meilleur traité qui existe sur la matière.

Dans l'immense majorité des cas, le début de la nécrose es accusé par une douleur de dents. Cette douleur est persistante ; parfois elle s'accompagne immédiatement d'une fluxion ; celle-ci manque dans d'autres circonstances. On examine la dent ou les dents douloureuses, et si, ce qui arrive le plus souvent, elles sont gâtés, le malade les fait arracher. Souvent il en résulte une fluxion qui ne s'appaise plus et n'a de terme que lorsque le séquestre a été éliminé.

D'autres fois, l'odontalgie n'est que passagère, puis elle revient pour se calmer encore, enfin, à une troisième, à une quatrième apparition elle persiste et les choses se passent comme nous venons de l'indiquer. Dans d'autres circonstances, plus rares mais très positivement observées, la maladie débute par un gonflement qui siège sur un point quelconque de la face ou au sommet du cou : puis au bout d'un temps variable, pendant lequel la tuméfaction a persisté sans donner de notables douleurs, les dents s'ébranlent et tombent spontanément ou sont extraites avec facilité.

(Trélat. — *De la nécrose causée par le phosphore.* Paris 1857).

La nécrose confirmée évolue différemment, plusieurs facteurs l'aggravent ou la limitent. Si elle est influencée par l'état général, par le milieu hors de la fabrique ; la persistance du travail dans les ateliers où l'on respire, où l'on manipule, le phosphore est la cause vraiment aggravante. C'est surtout à elle qu'on doit les mutilations terribles, la mortalité considérable que constatèrent les premiers observateurs.

Dans le passé, l'ignorance des patrons et des ouvriers, la nécessité du travail pour eux et les leurs, faisaient que trop souvent,

des individus ayant subi une première atteinte, la dissimulaient et continuaient à être soumis à l'intoxication dans des conditions de moins en moins favorables. On verra plus loin, par quelques observations, l'influence nocive du retour à l'atelier, lorsqu'il y a eu extraction récente, lorsqu'il y a nécrose commençante.

Une des particularités de la nécrose phosphorée est la puissance de réparation qu'elle laisse après elle, principalement au maxillaire inférieur. Broca en donnait la raison suivante :

«Dans la nécrose du corps, c'est à-dire de la portion qui supporte les dents, le périoste se divise promptement au niveau du bord alvéolaire ; il cesse d'entourer l'os de toutes parts, et ne forme plus qu'une sorte de gouttière ouverte en haut. Puis, ce périoste enflammé se rétracte comme tous les tissus fibreux soumis à l'inflammation, de sorte que la gouttière qu'il constitue devient de moins en moins profonde ; le bord alvéolaire qui continue toujours à suppoter les dents est mis à nu dans l'intérieur de la bouche ; et cette dénudation finit par occuper la moitié, les deux tiers, et même la hauteur du corps de la mâchoire. Ce dernier cas ne se présente que lorsque la nécrose est très étendue dans le sens transversal. Alors le périoste abandonne entièrement l'os ancien, au-dessous duquel il se replie en formant une espèce de corde sur laquelle les muscles continuent à s'insérer. Attirée en arrière par la contraction musculaire, la corde périostale cesse de décrire une courbe égale à celle de l'os ; elle se redresse en grande partie, et se redresserait même complètement, si l'ossification nouvelle dont elle est le siège ne lui donnait pas une résistance supérieure à celle des tissus fibreux normaux. Ce n'est donc pas autour de l'os nécrosé, mais au-dessous et en arrière de lui, que le périoste procède au travail de la régénération. Il en résulte que l'os nouveau constitue une mâchoire moins épaisse, moins longue et beaucoup moins convexe que la mâchoire primitive.

(Trélat. — *Loc cit.* p. 53).

M. Wiesner nous a présenté un sujet où cette réparation avait revêtu un caractère bien frappant ; des séquestres considérables avaient été enlevés par lui ; ils comprenaient, ainsi qu'on peut le voir au musée de l'Ecole Dentaire où ils figurent, la partie principale du maxillaire inférieur. Dans la portion restante, deux molaires de sagesse étaient incluses ; elles ont évolué normalement et sont apparues après la guérison. La puissance ostéogène du périoste a amené une nouvelle formation d'os et la malade a actuellement un maxillaire inférieur reconstitué.

(V. Association Scientifique de l'Ecole Dentaire de Paris in Odontologie 1883, p. 301).

Nous laisserons de côté les questions de traitement. Il n'est pas de notre compétence de juger, si l'opération précoce comme la conseillent Haas et Billroth est préférable à l'expectative, à l'opération tardive que préconise M. Trélat.

Si la nécrose phosphorée est toujours une affection grave, causant secondairement et même primitivement la mort, les changements de la fabrication, l'ont rendu moins fréquente, elle ne se montre plus aussi terrible, et la proportion de mortalité que donnait M. Trélat en 1857 doitêtre abaissée. Nous en donnerons les raisons plus loin.

Etiologie. Pathogénie. — On a pu au début nier la nocivité du phosphore et rejeter sur l'arsenic, sur la misère physiologique des ouvriers qui travaillent aux allumettes, les accidents observés. A la lumière des faits, cette explication a été vite reconnue erronée. Le mal chimique est vraiment d'origine phosphorée. Mais ce premier point établi, il a été plus difficile de montrer comment le phosphore pénétrait dans l'économie, quelles combinaisons il y formait, et pourquoi, il se localisait exclusivement au début à la portion alvéolaire des maxillaires ?

Deux ordres de causes ont été invoquées.

1° L'intoxication générale.

2° L'intoxication locale.

Celle-ci a été expliqué différemment. Selon Strolh et Trélat le poison pénètrerait par le bord gingival. D'après Dietz, Roussel, Geist Lailler, Broca, Salter et Magitot sa voie de pénétration exclu sive se fait par les dents cariées.

Quelques mots sur ces diverses hypothèses.

1° *L'intoxication générale.* Les ouvriers respirent constamment les vapeurs phosphorées, ils absorbent donc une certaine quantité de phosphore, la toxicité de cet agent n'étant pas douteuse on peut en inférer un empoisonnement général. Leur aspect semble confirmer cette supposition. S'ils ne sont pas des discrasiques, ils sont sûrement des chloro-anémiques. Leur face est jaune pâle, leurs gencives, leurs lèvres sont décolorées, et on ne peut attribuer au mauvais régime tous les désordres que l'on observe chez eux. Gubler a noté les troubles suivants. « Les mouleurs de phosphore « et les ouvriers des fabriques d'allumettes chimiques se plaignent « d'anorexie, de dyspepsie, de douleurs abdominales avec diarrhée, « de céphalalgie et d'étouffements, de bronchite avec toux quin- « teuse. » (*Gubler. Commentaires thérapeutiques du Codex. P.* 505).

Langenbech affirme que tous les symptômes généraux s'observent longtemps avant l'altération locale. Grandidier nota un cas de nécrose sur un enfant qui avait été soumis aux vapeurs phosphorées, or comme cet enfant avait six semaines on ne peut invoquer le rôle pathogénique des dents.

(*Heath Injuries and diseases of the jaw.*) *P.* 124.

Degner a appuyé cette théorie de faits cliniques et expérimentaux d'une grande valeur :

« Ayant eu l'occasion de pratiquer l'amputation de la cuisse chez un individu qui avait travaillé à la fabrication des allumettes, ce

chirurgien fut frappé, d'une part, de l'épaississement et de l'adhérence du périoste au moment de l'opération ; d'autre part, de la rapidité de la nécrose et de l'ostéomyélite qui la suivirent. Les expériences instituées sur des lapins, des chats, des chiens lui ont permis de constater : 1° que l'administration prolongée du phosphore sous forme pillulaire produit une intoxication chronique, caractérisée par une altération du sang, due à la présence du phosphore et qui agirait d'une manière spéciale sur les tissus ostéogènes en déterminant l'épaississement du périoste, la formation exagérée du tissu compacte et la diminution des espaces médullaires; 2° l'action locale du phosphore sur le périoste mis à nu détermine des périostites. »

(*Follin et Duplay. Path. externe*, t. IV, p. 732. Paris 1878).

De plus les autopsies pratiquées montrent des altérations viscérales, la cœxistence fréquente de la tuberculose et de la nécrose, une stéatose généralisée. (*Observation de Bucquoy in these de Jagu contribution à l'étude la nécrose de cause phosphorée. P.* 44 Paris, 1874.)

Enfin, tout récemment, M. Hutchinson a appuyé cette théorie d'une observation bien curieuse et que nous croyons unique dans les annales de la science elle corrobore les vues de Degner. Une dame avait pris trois fois par jour pendant deux ans une pilule de Kirby contenant un miligramme de phosphore. La nécrose du maxillaire inférieur en était résulté, de nombreuses fistules s'étaient ouvertes dans la bouche et sur la peau et la suppuration était très abondante. Après une consultation avec Sir J. Paget, M. Hutchinson enleva le sequestre et la malade guérit.

1° Quoique l'affection de l'os avait commencé au point d'implantation d'une dent cariée on peut difficilement dans ce cas invoquer l'action exclusivement locale.

(V. Odontologie, 1885 P. 224.).

Si nous ajoutons à cela que d'après l'observation de ceux qui voient journellement les ouvriers des fabriques d'allumettes, la nécrose se déclare surtout sur les alcooliques, chez les femmes de vie irrégulière. On voit que l'état général est au moins une cause prédisposante dont on doit tenir compte, que la théorie de Lorinser a pour elle des raisons dignes d'être pesées et qu'elle ne devrait être définitivement rejetée qu'après avoir fait une enquête minutieuse sur l'état général, sur les troubles fonctionnels sur les maladies habituelles, sur la composition chimique des produits d'élimination chez les individus qui travaillent les produits phosphorés.

2° L'INTOXICATION LOCALE. — *L'origine gingivale.* — L'action locale, la localisation de l'affection ont fait plutôt rechercher sa cause dans les organes et tissus environnants. M. Trélat, après Strohl croit à l'origine gingivale de la nécrose et comme on lui objectait que dans cette hypothèse l'absorption aurait dû se faire aussi par d'autres voies il montre les différences de la muqueuse

gingivale et de certaines autres muqueuses de l'économie, que l'action délétère de l'urine dans la vessie, de la bile dans la vesicule biliaire, du suc gastrique dans l'estomac ne se font pas parce que :

« La vessie est munie de glandes utriculaires destinées à la sécrétion du mucus, la vésicule biliaire n'en est pas dépourvue, il est pour ainsi dire inutile de rappeler le riche appareil sécrétoire de l'estomac. Ajoutons à cela que ces surfaces muqueuses sont le siège d'une mue épithéliale constante.

Ces deux actes vitaux, sécrétion muqueuse, renouvellement et production incessante d'épithélium, nous donnent la clef de la résistance que certains de nos organes opposent à l'action délétère des liquides qui sont en contact avec eux... Qu'on veuille bien maintenant les appliquer aux muqueuses soumises à l'action des vapeurs phosphorées. Que se passe-t-il dans les fosses nasales, dans les bronches, à la voûte palatine, surtout en arrière à la face inférieure de la langue? Partout de riches appareils glandulaires versent les produits sans cesse renouvelés de leurs sécrétions, les bronches et les fosses nasales sont en outre le siège d'une abondante mue épithéliale dont on trouve la trace dans les crachats et le mucus nasal. Les conditions sont autres, mais arrivent au même but à la surface dorsale de la langue; en arrière, follicules et papilles caliciformes; en avant épithélium épais et tellement caduc qu'il forme des masses des plaques parfaitement appréciables à nos sens.

Donc, au point de vue physiologique, les différentes surfaces que nous venons d'indiquer sont parfaitement organisées pour lutter contre les influences morbifiques de la nature des vapeurs phosphorées.

Il n'en est plus de même des gencives. Fibreuses, dures, dépourvues de tout appareil de sécrétion muqueuses elles sont particulièrement constituées en vue des résistances mécaniques auxquelles elles sont exposées, mais leur constitution anatomique ne les protège nullement contre les actions moléculaires que les liquides ou les gaz peuvent exercer à leur surface.

La stomatite mercurielle est un exemple de cette action.

Si ces notions anatomiques et physiologiques sont exactes nous comprendront du même coup pourquoi les vapeurs de phosphore respectent la plupart des organes situés sur le trajet des voies respiratoires, et pourquoi elles agissent spécialement sur les gencives.

. . . .

Nous ne nierons pas que s'il existe d'avance des dents cariées, celles-ci ne puissent favoriser l'action des vapeurs phosphorées; bien au contraire, car on sait de reste que la carie dentaire contribue fréquemment à rendre les gencives rouges, saignantes et prédisposées à l'inflammation. Mais ce sera là une condition simplement accessoire.

Or les gencives une fois atteintes, nous n'éprouvons aucune difficulté à comprendre la propagation de l'état morbide au périoste,

car le tissu gingival est lui-même confondu avec le périoste sur le bord alvéolaire et se continue sans démarcation autour des dents avec le périoste alvéolo-dentaire. C'est dans ce dernier point que les vapeurs irritantes trouveront le plus facile passage.

(Trélat loc. cit, P. 33.)

Comme pour la théorie exclusivement dentaire, nous ne discuterons pas actuellement les raisons exposées de part et d'autre, car il ne nous a pas encore été donné d'observer de nécrose commençante ; notre rôle actuel sur ce point se borne à une exposition aussi impartiale que possible des trois théories et des arguments qui ont été présentés à leur appui.

L'origine dentaire. — La théorie que Deitz exposait déjà en 1845 a trouvé depuis de nombreux défenseurs ; mais elle n'avait jamais été affirmée aussi catégoriquement avant la communication de notre éminent confrère M. Magitot, à l'Académie des sciences, le 26 octobre 1875. Nous en reproduisons les passages essentiels :

La théorie généralement adoptée aujourd'hui suppose la pénétration des vapeurs phosphorées sur le périoste des mâchoires, après inflammation et décollement de la gencive ; c'est-à-dire que l'accident initial serait une gingivite locale. Une telle hypothèse ne saurait être conservée, car les autres points de la muqueuse buccale, celle des joues, du voile ou de la voûte palatine, ne sont jamais atteints. D'autres muqueuses, plus exposées et plus délicates, la pituitaire, la conjonctive, la muqueuse laryngée, sont dans le même cas, et une action élective sur le tissu gingival ne saurait être acceptée. En outre, beaucoup d'ouvriers, affectés de gingivite (gingivite des fumeurs, gingivite tartrique, mercurielle, etc.), séjournent à l'atelier sans être jamais atteints de nécrose.

Enfin, les nécrosés eux-mêmes ne présentent pas d'affections de ce genre, si ce n'est sur le point qui correspond à la région osseuse malade.

C'est donc dans une autre disposition préalable du bord alvéolaire qu'il faut rechercher la condition qui puisse fournir aux vapeurs phosphorées la porte d'entrée et le parcours qui, de l'extérieur, les fasse pénétrer jusqu'au fond de la gouttière alvéolaire, point de début du mal. Or, cette disposition se trouve réalisée dans une certaine forme d'une affection très commune du système dentaire, la carie. . . . .

. . . .

La nécrose des maxillaires d'origine phosphorée reconnaît pour cause unique, pour porte d'entrée invariable et exclusive, une certaine variété de carie dentaire, la carie pénétrante.

(Comptes rendus de l'Académie des Sciences.)

On n'est pas plus formel.

Pourtant, on peut opposer à M. Magitot que, dans certains cas,

on a constaté la nécrose, quoique les dents fussent toutes bonnes. Nous avons déjà parlé de deux d'entre eux, nous allons en citer d'autres.

Certes, on peut faire des réserves sur le bien fondé de ces observations. Tous les dentistes en feront. Salter, dont les chirurgiens et les médecins ne récuseront pas l'autorité, le fait remarquer. Mais, malgré cela, il nous semble difficile de passer sous silence des témoignages d'hommes comme Trélat, Gubler, Lailler, etc. :

Clarisse C. contracte le mal chimique en travaillant dans une fabrique d'allumettes. Les dents sont intactes dans les deux mâchoires ; seulement, dans la supérieure, elles commencent à avoir une légère mobilité. (Lailler in th. Trélat, p. 28).

J'ai vu, dans le service de M. le professeur Denonvilliers, le malade Choltés; le fait est très caractéristique. Une molaire est gâtée, et de ce côté que survient la nécrose, la dent est située en haut et gauche ; la maladie siège en bas et à droite, la dent que le malade a fait arracher au moment de ses premières souffrances était parfaitement saine. (Trélat, loc. cit., p. 29.)

La fille Linder eut, « après trois ans de séjour dans une fabrique d'allumettes, toute la figure enflée, et alors elle quitta son travail. Ce gonflement faisant peu à peu des progrès, la malade entra à l'hôpital, où on lui arracha plusieurs dents saines. » (Strohl, in Trélat, p. 31).

Nous avons pourtant observé un cas de nécrose phosphorée de toute la mâchoire inférieure où les dents étaient absolument intactes. (Gubler, Lailler, Comment; thérapeutiques du Codex.—Paris, d. 1874, p. 506.)

Si l'on y ajoute le cas de l'enfant dont nous parlons plus haut et surtout l'observation de M. Hutchinson, on voit que le doute n'est pas entièrement dissipé. Les observations précises, détaillées, font défaut. On a trop souvent discuté sur cette matière au nom d'idées *à priori*, sans qu'elles soient appuyées sur des faits incontestables. Il est étrange que, sur ce point de détail, l'état des dents chez les ouvriers qui travaillent aux allumettes chimiques, chez ceux qui contractent la nécrose, on ne soit pas encore complètement édifié. Cela tient en partie à ce qu'on a dédaigné le concours des dentistes Salter le dit avec beaucoup de force, et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ce qu'il écrivit à cet égard, en réponse au docteur Bristowe, qui avait nié l'origine dentaire de la nécrose phosphorée, parce qu'il avait recueilli les dires de certains malades, affirmant que leurs dents étaient saines avant la première atteinte du mal :

Non, une telle assertion est de la plus faible valeur, si elle n'est contrôlée par l'examen détaillé d'un chirurgien habile en pathologie dentaire. Vraiment, cela requiert une connaissance spéciale et particulière, une habitude de recherches, afin

de découvrir les caries dans les dents, qui sans cela seraient inaperçues d'un praticien ordinaire, chirurgien ou médecin.

(Salter, Dental, Pathology and Surgery. London, 1874, p. 290.)

Pour être absolument certain de l'intégrité des dents, dans des cas semblables, chaque dent devrait être examinée au miroir et à la sonde, et les observations devraient relater les plus petites particularités ; si, après cet examen, on constatait la coexistence de la nécrose et de dents indemnes de caries perforantes, la conviction aurait une base solide et si les chirurgiens qui seront consultés à l'avenir pour des cas de nécrose veulent bien se préoccuper, de ce côté de la question, le doute, les discussions en l'air seront vite écartées. *(Suite et fin au prochain n°).*

LES DENTS MORTES. LES COMPLICATIONS RESULTANT DE LEUR EXTRACTION

par M. Poinsot

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

Communication à la Socété d'Odontologie

Lors de notre dernière réunion, j'ai cru devoir vous entretenir de l'importante question des dangers à conserver des dents mortes dans la bouche, aujourd'hui, je viens insister sur la thérapeutique rationnelle à employer en de semblables occurrences, lorsqu'on doit faire l'avulsion de ces organes dangereux.

Etant donnée la présence dans une bouche de plusieurs dents mortes, produisant soit des fistules, soit une suppuration s'échappant à l'un des bords libres de la gencive (au niveau du collet des dents, suppuration qu'on fait sourdre par la pression, avec le doigt), on se trouve en présence d'organes dangereux qu'il importe d'opérer au plutôt.

Ici une question se présente à notre esprit.

Existe-t-il une contre-indication à l'extraction d'une ou de plusieurs dents pathologiques quatrième degré avec suppuration ancienne? Si oui, quels sont les moyens thérapeutiques à employer pour prévenir des complications de nature à troubler la santé générale.

Il est évident que l'abcès-alvéolaire chronique, peut être regardé comme un émonctoire permettant aux produits résultant des déchets de la vie physiologique de s'échapper par une voie accidentelle et cela aux dépens des voies naturelles.

Plus une suppuration est ancienne plus on devra tenir compte de l'intensité de cette dérivation, et plus grands peuvent être les accidents résultant de l'extraction, ou des extractions, sur la santé générale.

Pour qu'il vous soit possible de bien saisir ma pensée, je vais vous parler de trois cas à l'aide desquels je vais résumer la question ; ces trois cas pris dans un très grand nombre suffiront à ma démonstration :

M. H. vint nous consulter sur la recommandation d'un médecin des hôpitaux, nous demandant des soins que réclamaient de nombreuses dents malades, M. H... souffrait depuis longtemps, et avait une bouche dans un état déplorable.

Je dus faire la part du feu, extraire huit ou neuf dents parmi lesquelles se trouvaient plusieurs dents causant de la suppuration, l'anesthésie fut demandée et acceptée.

Nous dûmes aller très vite ; M. H... partait quatre ou cinq jours après pour accomplir une période de vingt-huit jours en qualité d'officier dans l'armée territoriale.

Toutes les précautions furent prises pour assurer les bons résultats de nos opérations.

M. le Dr Aubeau avait bien voulu me prêter son savant concours. Le chloroforme employé avait été préparé par F. Vigier et je puis vous affirmer que l'opération a réussi au mieux de nos désirs, grâce aussi à l'outillage que je possède et que vous connaissez.

M H... s'en alla fort satisfait. Cependant à quelques jours de là, je reçus la visite d'un ami de M. H... avec un journal de Saint-Malo où il était dit qu'un de nos brillants officiers de la territoriale venait de tomber subitement sans connaissance et qu'on avait dû le conduire à l'hôpital, et le journal ajoutait : cet accident a certainement eu pour cause une opération faite ces jours derniers par un chirurgien-dentiste de Paris.

Messieurs, ce cas est digne de fixer votre attention, parce que, la maladie ne fut pas définie par les médecins, parce que la convalescence fut assez longue (cinq à six semaines), et la santé générale fut ébranlée pendant plus de deux années.

Le second cas appartient à une femme qui me fut adressée par M. le Dr M.

Notre malade était porteur à la mâchoire inférieure côté droit, de deux petites molaires, dont une ayant causé de la suppuration et cela depuis fort longtemps, l'autre était bouchée avec de la gutta-percha. Je demandais l'extraction de la première, ayant insensibilisé la partie à opérer avec une solution phénique, je procédais à cette ablation qui se fit sans douleur.

Vingt-heures après, troubles dans la santé, éruption eczémateuse de la face, je renvoyais Mme R...., chez le Dr M... qui dut employer les dépuratifs à haute dose.

Le troisième cas est le plus important, il n'a donné lieu à aucun accident, mais aussi, c'est grâce à des moyens thérapeutiques spéciaux dus à notre collègue de la Société d'Odontologie le Dr Aubeau.

Une cliente m'amena, le 23 avril 1885, une de ses parentes, Mme G..., habitant la province, qui souffrait follement depuis de longues années de ses dents.

A l'examen, nous fûmes extrêmement surpris de trouver une bouche en si mauvais état; à côté de nombreuses caries de troisième degré, se trouvait une grande quantité de dents du quatrième avec suppuration et trajets fistuleux.

J'indiquai vingt-trois extractions nécessaires (dents et racines); on me répondit que cela était impossible parce qu'on n'avait jamais pu lui arracher de dents.

En effet. Il y a dix ans environ, cette malade s'en fut chez un dentiste qui, après trois efforts infructueux d'extraction, dut renoncer à exécuter son opération ; de plus, il crut devoir ajouter : « Je vous conseille, Madame, de ne vous faire jamais extraire de dents ; vos dents sont barrées ».

C'est pourquoi ma cliente souffrit modérément pendant les quatre premières années, avec certaines accalmies, mais depuis les six dernières années, son existence ne fut qu'un long martyre, à ce point que, pendant les deux dernières années, des douleurs violentes durèrent jusqu'à seize jours et autant de nuits.

Aussi ma malade est-elle cachectique, a-t-elle l'air hébété ; on se croit en présence d'une personne idiote plutôt qu'en face d'un sujet ayant conscience de son état.

Nous nous mîmes en rapport avec le Dr Aubeau ; l'anesthésie et les opérations eurent lieu le 26 avril, des dépuratifs furent prescrits et, malgré la multiplicité et les difficultés opératoires sur un sujet si malade, rien de fâcheux ne se produisit.

En résumé :

Le 1er cas a gravement été touché par une série d'opérations, la santé générale a été ébranlée pendant deux années environ, cependant le sujet était jeune.

Le 2e cas, Mme R..., 48 ans environ, a ressenti également des troubles dans la santé, ces troubles ont cessé grâce aux bons soins du Dr M.

Le 3e cas, vingt-trois extractions de dents et racines n'ont amené aucun trouble dans la santé générale chez Mme G.... parce que de concert avec le Dr Aubeau, nous avons pris certaines précautions établies par une thérapeutique rationnelle.

Conduite à tenir :

1° Dépuratif avant l'opération ?

2° Après la susdite opération ?

Conclusion :

Sans aucun doute, il serait bon de préparer l'organisme par une dépuration préventive, ce serait de la haute sagesse, cependant il serait imprudent très souvent, de ne pas différer une opération projetée.

Il est bon de saisir au vol, un acquiescement, que plus tard on risquerait de ne plus obtenir, mais surtout, la véritable raison, la principale, est qu'une poussée inflammatoire, parfois fort grave, peut-être évitée.

Nous penchons donc pour les opérations aussi immédiates que possible.

Ici se place une question, doit-on diviser les opérations ou bien les faire en une seule séance. Cette question se subdivise en deux autres, savoir :

Si ces opérations se font avec ou sans anesthésie.

Avec anesthésie on peut et l'on doit tout tenter en une seule séance, surtout si le malade est cachectique.

Sans anesthésie on peut fractionner les opérations.

Néanmoins dans les deux cas il importe de s'entendre avec le médecin de la famille de l'opéré, afin de prendre toute mesure thérapeutique, pour faire éliminer par les voies physiologiques, les déchets organiques qui s'échappaient par des voies pathologiques.

CONDITIONS D'INNOCUITÉ DE L'ANESTHÉSIE AU PROTOXYDE D'AZOTE PUR

(*Suite et fin.*)

Par le docteur A. Aubeau,

Professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

Urines émises 6 heures après les deux anesthésies. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs.

Note de M. Vigier. « Voici le résultat de l'analyse de votre urine :

Réaction.............	franchement acide.
Couleur	jaune claire.
Aspect...............	limpide.
Sédiment après repos..	léger dépôt blanchâtre
Densité..............	1013° (faible).
Albumine............	néant
Sucre (glycose).......	*néant*
Urée.................	10 gr. 20 centigr. par litre.
Acide urique.........	0,28 centigr.
Examen microcopique..	rien de particulier.
Au saccharimètre......	rien.

Cette analyse faite avec le plus grand soin donne donc des résultats négatifs. »

Obs VI. — 28 février 11 h. du matin. Deux anesthésies consécutives au protoxyde d'azote pur, méthode des appels. Chez M. J. Hélat. Femme de 26 ans.

1re *Anesthésie* Extraction de la racine de la canine et de la

première petite molaire inférieures gauches. Insensibilité complète.

2me *Anesthésie*. Extraction de 2 grosses molaires. Insensibilité complète.

Urines émises 5 h. 1/2 après la double anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre.

Réaction	acide
Aspect	un peu louche.
Densité	1010 (faible).
Albumine	néant.
Sucre	néant.
Urée	12 gr.

Obs. VII. — 1er mars, 9 h. 1/2 du matin. Deux anesthésies successives, au protoxyde d'azote pur, méthode des appels, chez M. Ronnet. Femme de 20 ans, extrêmement nerveuse. Contracture des mâchoires.

1re *Anesthésie.* Extraction de la dent de sagesse inférieure droite. Insensibilité complète. Crise nerveuse au réveil.

2e *Anesthésie*, 2 minutes plus tard. Extraction de 2 grosses molaires cariées. Insensibilité complète. Crise nerveuse au réveil. Calme au bout de 3 minutes. La malade très joyeuse retourne chez elle. Pas d'accidents consécutifs.

Urines emises 6 heures après la double anesthésie. — Examen par M. F. Vigier. Même réactifs. Saccharimètre.

Réaction	acidité faible.
Aspect	louche.
Densité	1014.
Albumine	néant.
Sucre	*néant.*
Urée	10 gr. 55 centigr.
Acide urique	0,30 centigr.

Obs VIII. — 5 mars, 5 h. du soir. Deux anesthésies consécutives au protoxyde d'azote pur, chez M. Viau. Garçon de 12 ans.

1re *Anesthésie* : Extraction de 2 grosses molaires gauches, du haut. Insensibilité complète.

2me *Anesthésie* : Extractiou des 2 grosses molaires droites, du haut. Insensibilité complète.

Urines émises 6 h. après les anesthésies. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre.

Réaction	franchement acide.
Aspect	limpide.
Couleur	jaune clair.
Sediment après repos	urate acide de soude.
Densité	1023.
Albumine	néant.
Sucre	*néant.*
Urée	19 gr.

Obs IX, — 19 mars, 10 h. du matin. Deux anesthésies au pro-

toxyde d'azote pur, méthode des appels, chez M. Prest jeune. Femme de 25 ans. Nervosisme.

1re *Anesthésie.* Extraction de la dent de sagesse inférieure droite Insensibilité complète.

2me *Anesthésie.* Extraction de 2 molaires inférieures droites. Insensibilité complète.

Urines émises 6 heures après les anesthésies. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre.

Réaction....... neutre.
Odeur......... ammoniacale.
Aspect......... louche.
Sédiment...... Phosphate ammoniaco-magnésien.
Densité........ 1012
Albumine...... néant.
Sucre .... néant.

Examen microscopique : Cristaux caractéristiques de phosphate ammoniaco-magnésiens.

Obs. X. — 22 mars, 11 h. du matin. Deux anesthésies au protoxyde d'azote pur. Méthode des appels, chez M. Viau.

Jeune fille de 20 ans.

1re *Anesthésie.* Extraction de la dent de sagesse supérieure droite. Insensibilité complète.

2me *Anesthésie.* Extraction de la dent de sagesse supérieure gauche. Insensibilité complète.

Urines émises 5 heures après les anesthésies. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre.

Aspect.............................. un peu louche
Densité.............................. 1015 (faible).
Albumine............................ néant.
Sucre............................... néant.

Obs XI. — 24 mars, 11 h. du matin. Deux anesthésies au protoxyde d'azote pur ; méthode des appels. Chez M. Prest jeune. femme de 25 ans. Nervosisme (Voir Obs. IX).

1re *Anesthésie*, Extraction des racines de la seconde grosse molaire supérieure gauche. Insensibilité complète.

2me *Anesthésie.* Extraction de la première grosse molaires inférieure gauche. Insensibilité complète.

Urines émises 5 h. 1/2 après les anesthésies. — Examen par M. F. Vigier. Mêmes réactifs, saccharimètre.

Aspect......... louche.
Réaction...... légèrement alcaline.
Sédiments..... phosphates ammoniaco-magnésien.
Albumine..... néant.
Sucre .... néant.

La densité n'a pu être prise en raison de la petite quantité d'urine fournie pour l'examen.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES AFFECTIONS
DU SYSTÈME DENTAIRE, par M. Paul Dubois

DÉPARTEMENTS	Classe 1872			Classe 1873			Classe 1874		
	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche
Ain	3.193	27	»	2.900	8	2	2.776	7	»
Aisne	4.210	43	8	4.279	32	4	4.197	47	4
Allier	3.759	1	1	3.309	3	1	2.550	2	2
Alpes (Basses-)	1.150	8	2	1.180	7	»	1.160	8	»
Alpes (Hautes-)	1.034	2	»	1.013	7	2	1.057	4	2
Alpes-Maritimes	1.568	21	1	1.623	8	5	2.057	11	1
Ardèche	3.674	»	1	3.583	»	»	2.035	15	15
Ardennes	2.416	34	25	2.476	24	3	2.342	47	1
Ariège	2.292	5	»	2.127	4	16	1.456	5	6
Aube	1.851	»	»	1.931	29	»	1.832	25	»
Aude	2.223	2	1	2.245	»	1	3.055	4	»
Aveyron	3.852	9	»	3.254	»	1	2.069	»	»
Bouches-du-Rhône	3.763	29	4	3 886	9	14	2.884	11	4
Calvados	3.259	114	8	3.336	88	4	3.111	38	3
Cantal	2.136	2	»	2 033	»	3	2.337	1	»
Charente	3.056	10	2	2.939	5	3	2.017	3	1
Charente-Inférieure	3.922	30	»	3.811	18	1	3.659	95	2
Cher	3.303	19	3	3.161	3	»	1.863	1	3
Corrèze	3.065	7	1	2.638	1	2	5.419	13	3
Corse	2.246	»	3	2.191	3	10	2.143	»	»
Côte-d'Or	3.219	15	»	2.945	9	»	3.200	12	3
Côtes-du-Nord	6.166	1	8	5.564	2	1	4.513	7	»
Creuse	2.560	4	7	2.224	»	3	1.515	»	1
Dordogne	4.294	24	6	4 218	2	6	3.445	4	1
Doubs	2.729	24	»	2.707	21	1	1.656	17	»
Drôme	2.753	3	1	2 621	4	»	2.514	2	1
Eure	2.700	117	»	2.783	115	»	1.625	5	»
Eure-et-Loir	2.455	24	1	2.416	21	1	2.261	7	»
Finistère	6.050	5	4	5.553	8	22	5.578	13	17
Gard	3.499	8	14	3.275	20	1	4.566	5	»
Garonne (Haute-)	3.944	9	2	3.928	17	4	3.972	17	8
Gers	2.342	5	»	2.308	9	»	1.964	11	»
Gironde	5.302	72	»	5.737	56	1	5.199	91	4
Hérault	3.146	13	1	2.837	14	1	3.357	47	»
Ille-et-Vilaine	5.531	36	17	5.497	2	4	6.059	2	»
Indre	2.695	9	2	2.537	3	2	3.348	24	2
Indre-et-Loire	2.535	67	5	2.601	31	»	1.882	13	1
Isère	4.964	10	»	4.508	17	12	4.462	»	2
Jura	2.450	24	4	2.249	12	»	1.827	4	»
Landes	3.187	28	»	3.411	80	10	2.000	43	»
Loir-et-Cher	2.424	42	4	2.298	11	3	2.261	23	»
Loire	4.939	1	2	4.768	3	4	6.244	»	4
Loire (Haute-)	2.863	»	4	2.863	»	4	2.259	4	3
Loire-Inférieure	5.349	86	10	5.349	86	10	5.034	93	4

Classe 1875			Classe 1876			TOTAL DES JEUNES GENS	TOTAL de la perte DES DENTS	TOTAL des MALADIES AUTRES
NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	PERTE DES DENTS	MALADIES AUTRES des gencives et de la bouche			
3.399	40	1	3.557	25	»	16.810	24	5
1.393	»	»	1.457	2	3	9.391	37	7
1.747	11	2	2.815	9	3	12.266	49	8
1.747	1	»	4.812	3	2	7.883	6	6
3.494	5	8	3.617	39	1	19.674	147	19
4.429	53	3	4.549	35	1	22.873	212	48
3.934	44	1	4.117	27	1	18.221	175	56
2.591	18	»	2.739	7	»	11.736	121	6
2.938	25	2	3.040	17	»	15.539	178	5
4.127	22	1	4.017	5	5	21.398	106	18
2.146	16	»	2.248	4	»	11.243	94	1
3.766	5	2	4.456	»	1	21 848	20	20
4.113	12	1	4.202	15	1	18.640	59	2
10.721	61	3	11.329	23	5	53.971	263	17
2.896	51	»	2.951	63	3	14.630	244	11
2.906	52	5	3.047	54	11	15.365	338	56
6.155	94	»	6.658	98	1	31.140	242	36
4.326	4	1	4.392	»	1	22.367	10	6
3.501	23	3	4.441	24	»	19.363	80	14
1.851	2	9	1.918	37	»	9.938	66	49
1.528	1	»	1.385	8	»	7.996	16	2
2.320	3	»	2.407	8	»	10.190	39	1
2.551	2	»	2.739	2	»	17.932	38	2
1.639	6	»	1.917	1	»	10.280	24	7
5.966	14	3	6.257	40	2	28.860	158	6
3.332	51	»	3.797	40	»	18.113	151	11
2.229	3	»	2.349	»	2	11.281	15	»
2.366	12	3	2.446	13	6	11.939	40	10
14.270	27	5	15.218	33	7	71.787	140	36
6.941	129	»	7.370	154	4	34.445	1.694	17
2.681	6	1	2 805	12	»	13.646	53	2
3.812	10	4	3 842	20	2	19.300	100	13
2.047	3	4	2.012	4	1	11.569	17	10
4.927	145	5	4.555	94	5	22.906	442	19
1.514	3	»	1.627	1	2	10.291	10	6
2.768	»	»	1.826	2	»	9.791	10	4
2.138	13	»	2.387	2	1	10.850	48	3
2.129	6	»	2.033	»	»	10.862	25	5
3.259	5	8	3.458	6	5	17.736	62	19
3.228	2	1	3.230	3	4	15.142	54	16
3.777	6	3	3.872	2	1	17.348	27	10
2.370	11	1	2.454	8	2	13.094	52	10
2.394	54	»	2.413	17	2	13.323	362	3

DÉPARTEMENTS	Classe 1872			Classe 1873			Classe 1874			Classe 1875			Classe 1876			TOTAL	TOTAL	TOTAL
	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Perte des dents	Maladies autres des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Perte des dents	Maladies autres des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Perte des dents	Maladies autres des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Perte des dents	Maladies autres des gencives et de la bouche	NOMBRE des jeunes gens examinés par les conseils de révision	Perte des dents	Maladies autres des gencives et de la bouche	des jeunes gens	de la perte des dents	des maladies autres
								55	3	2.789	6	»	3.004	2	2	14.752	50	4
Loiret	3.348	8	»	2.978	16	1	3.528	»	3	4.044	46	5	4.285	39	»	21.015	207	21
Lot	2.427	34	»	2.261	1	1	1.653	10	2	2.475	»	»	2.522	»	»	14.645	6	4
Lot-et-Garonne	2.371	9	1	2.439	10	»	2.894	1	»	1.086	5	»	1.171	2	1	3.747	30	3
Lozère	1.305	»	4	1.261	1	»	1.738	12	1	1.101	2	»	1.141	2	»	5.646	17	4
Maine-et-Loire	4.348	51	3	4.394	40	»	3.818	37	1	2.101	6	1	2.164	9	1	9.513	55	9
Manche	4.789	22	3	4.537	65	21	4.569	19	10	2.105	11	1	2.379	14	9	13.776	40	26
Marne	2.949	33	2	3.347	52	11	3.904	25	2	2.327	74	»	2.440	23	2	12.001	202	31
Marne (Haute)	2.002	44	4	2.019	27	»	2.385	24	1	1.326	1	1	1.627	6	1	8.828	18	24
Mayenne	3.433	107	»	3.248	5	2	3.480	28	2	1.842	10	3	1.970	2	»	9.416	66	3
Meurthe-et-Moselle	4.297	18	1	4.495	33	9	4.462	37	1	3.127	4	1	3.428	3	»	14.078	13	3
Meuse	2.364	12	»	2.349	25	»	2.436	5	3	2.303	2	1	2.269	»	1	13.849	11	3
Morbihan	4.736	6	»	4.472	4	14	4.418	12	»	2.677	15	3	2.930	11	2	16.160	77	24
Nièvre	3.150	12	»	3.099	8	»	4.076	24	1	3.032	10	4	3.377	18	4	16.115	268	23
Nord	10.603	112	7	10.708	43	1	10.610	41	2	2.316	1	1	2.391	1	1	11.213	3	5
Oise	2.882	45	5	3.039	64	1	2.871	55	15	1.776	4	»	1.911	3	»	11.699	25	6
Orne	3.137	108	4	3.228	69	21	3.027	11	21	3.538	17	1	3.525	12	1	18.455	172	5
Pas-de-Calais	6.304	17	1	6.305	22	13	5.927	2	»	1.820	2	»	1.885	»	7	11.932	25	13
Puy-de-Dôme	4.770	1	4	4.463	3	»	4.416	17	»	3.368	19	2	3.369	25	4	15.859	65	12
Pyrénées (Basses-)	4.273	16	9	3.911	»	2	4.237	8	5	2.130	6	3	2.436	4	11	11.146	13	27
Pyrénées (Hautes-)	2.186	3	27	2.080	16	8	1.903	3	»	3.355	5	»	3.474	7	1	16.193	48	4
Pyrénées-Orientales	1.639	1	2	1.646	3	»	1.599	19	»	4.118	4	12	4.617	7	5	24.978	21	26
Rhin (Haut-)	1.427	5	»	1.570	4	1	2.466	15	»	1.472	7	1	1.557	2	5	9.328	13	17
Rhône	5.035	10	2	4.881	9	»	2.746	7	»	3.397	2	»	3.407	17	1	18.731	49	14
Saône (Haute-)	2.625	7	7	2.444	3	»	1.653	33	»	1.793	2	»	1.781	13	»	10.666	77	1
Saône-et-Loire	5.424	16	1	5.152	55	»	6.031	25	4	2.635	4	1	2.849	3	»	13.372	16	3
Sarthe	3.670	22	1	3.698	13	6	3.486	»	1	1.527	3	»	1.647	27	1	10.282	267	1
Savoie	2.406	8	4	2.250	4	1	2.047	11	»	2.207	4	1	2.292	4	»	11.731	60	3
Savoie (Haute-)	2 462	3	»	2.445	1	1	2.240	35	5	5.255	16	11	6.116	14	8	28.552	56	62
Seine	13.912	18	13	14.308	27	2	14.079	441	7	4.584	4	»	4.692	2	1	20.613	39	16
Seine-Inférieure	6.604	620	2	6.535	324	4	6.995	9	»	3.910	10	4	4.306	16	7	20.037	69	25
Seine-et-Marne	2.721	6	»	2.758	20	1	2.681	4	5	1.908	14	»	1.768	15	»	10.290	54	»
Seine-et-Oise	4.056	30	1	3.841	36	1	3.749	»	1	4.989	56	2	5.084	38	2	26.311	313	9
Sèvres (Deux-)	2.774	6	3	2.680	4	1	2.056	70	2	3.402	2	»	3.661	12	1	16.403	58	3
Somme	4.477	92	6	4.600	45	1	4.347	»	»	5.634	26	4	5.981	6	4	28.702	72	29
Tarn	2.927	3	3	2.779	3	1	1.444	2	1	3.335	18	»	3.446	10	2	15.361	66	8
Tarn-et-Garonne	1.709	5	2	1.705	1	1	1.783	13	1	1.930	5	2	1.865	11	»	10.813	127	8
Var	1.908	13	»	1.967	7	1	2.453	11	3	4.415	3	»	4.782	6	»	23.131	36	14
Vaucluse	2.265	4	»	2.277	4	2	2.458	14	»	1.909	»	»	2 000	9	»	10.435	49	4
Vendée	3.745	11	4	3.758	26	2	3.516	6	8	1.907	29	25	1.877	26	1	12.082	206	36
Vienne	2.560	22	3	2.815	21	»	3.279	7	3	2.225	29	1	2.307	16	1	11.515	121	9
Vienne (Haute-)	3.114	16	1	2.847	6	2	3.738	7	5	6.302	7	»	6.785	11	4	29.088	22	14
Vosges	3.414	9	2	3.381	17	»	2.378	53	»	2.484	»	»	2.525	»	1	12.694	1	12
Yonne	3.127	107	1	3.049	131	»	2.340			5.015	15	»	5.201	51	3	25.948	331	27

REVUE DE L'ÉTRANGER

NOUVEAUX APPAREILS DE REDRESSEMENT

CORRECTION DES IRRÉGULARITÉS

PAR LE RESSORT DE BANDES D'OR,

Par M. B.-S. Byrnes.

D. D. S. Memphis, Tennessee.

En corrigeant les irrégularités des dents, j'ai employé dans un grand nombre de cas un nouveau procédé de mon invention, qui semble posséder beaucoup d'avantages décidés sur les méthodes ordinairement en usage. Une courte description orale, présentée à la dernière réunion de l'Association dentaire du Sud, tenue à la Nouvelle-Orléans, a été si favorablement accueillie, qu'il a paru désirable de faire connaître cette méthode à tous les praticiens.

La puissance de traction employée est celle du ressort ou force élastique de minces bandes d'or. Je préfère l'or de 20 à 22 karats. et, en régle générale, les bandes les plus minces donnent les meilleurs résultats. Il se présente souvent, comme on peut le supposer, que pour des cas spéciaux ou pour un but déterminé pendant le traitement, il faille doubler l'épaisseur de la bande; mais ce fait ne change rien à la règle précitée. La pression exercée par les bandes est faible mais constante, et les dents sur lesquelles elles opèrent sont rapidement déplacées, en ne causant au patient qu'ue gêne légère. On ne se sert pas de plaques; les points fixes sur lesquels s'appuie la force motrice sont fournis par celles des dents qui sont bien disposées pour cet objet.

La méthode d'application est, de manière générale, la suivante: les points fixes ayant été déterminés, la dent ou les dents qu'il faut regulariser sont reliées à eux au moyen d'une mince bande d'or. En choisissant les points fixes, il faut avoir soin de prendre les dents qui offriront plus de résistance à la force qui sera employée que les dents qui doivent être déplacées. La bande est alors manipulée de manière à en former un ressort ou une série de ressorts ajustés de façon à porter avec le plus de puissance possible sur la dent mal placée. Ainsi, supposons qu'une incisive centrale supérieure projetée en avant doive être ramenée sur l'alignement des autres dents qui forment l'arc. Une bande d'or continue, embrassant les premières molaires des deux côtés, est disposée autour de l'extérieur de l'arc. Avec un instrument à pointe émoussée comme un brunissoir, le ruban est alors pressé dans les interstices des dents sur lesquelles il passe, formant ainsi une série de petits ressorts. L'incisive étant le point le plus prééminent sera naturellement le point le plus affecté par la pression

exercée par les ressorts, et, en un temps très court, on trouvera qu'elle s'est déplacée en arrière de la bande, de manière à ne pas être affectée plus longtemps par la tension des ressorts. Aussitôt que cet effet est produit, l'appareil est retiré, le ruban est recuit, redressé, et une petite portion d'un trente-deuxième à un seizième de pouce, par exemple, suivant les cas, est coupée. Les extrémités sont alors soudées et l'appareil replacé sur les dents, la bande de retenue étant formée en ressort comme auparavant. La tension est ainsi maintenue jusqu'à ce que la dent ait acquis la position désirée.

Tel est le plan du procédé ordinaire dans les cas simples d'irrégularité ; mais la méthode est également applicable dans des conditions plus compliquées. Je n'ai pas encore vu un cas, depuis que j'ai adopté ce procédé, dans lequel on ne soit parvenu à replacer les dents avec facilité. Quelquefois le ressort de la bande peut avec avantage être secondé par des moyens auxiliaires, comme par l'insertion d'un coin de caoutchouc sur les points que l'on désire particulièrement modifier, en se conformant au principe admis que, pour régulariser les dents, le mouvement est d'autant plus grand que l'élasticité est plus grande.

Un des points les plus importants à observer dans le traitement des cas d'irrégularité est d'avoir toujours l'appareil si serré qu'il ne soit pas nécessaire de l'assujétir sur les dents. J'applique fréquemment des appareils par degrés : c'est-à-dire qu'après avoir fait une première tentative de resserrement, avoir forcé l'appareil à tenir en place, j'accorde un repos d'environ une demi-heure avant de procéder à son ajustement complet. Je trouve que ce mode de procéder diminue ce que l'opération a de pénible pour le patient, non seulement à cause du repos qui lui est accordé, mais parce que les dents semblent plus disposéee à se ranger, et permettent ainsi de placer l'appareil plus facilement.

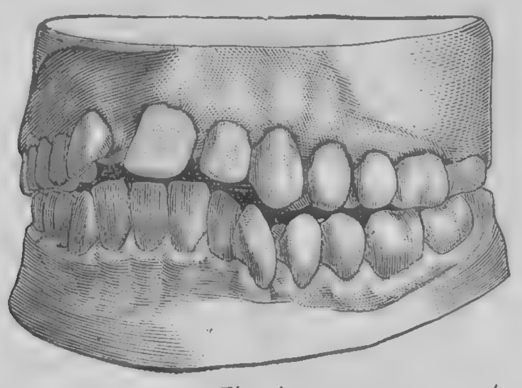


Fig. 1.

Pour appliquer le coin de caoutchouc, choisissez un ruban de caoutchouc de l'épaisseur nécessaire. Placez l'appareil en or, qui sera parfaitement serré, dans sa position, et insérez le caoutchouc

derrière la bande en face de l'un des interstices. Prenez les extrémités du caoutchouc dans chaque main, tirez-le dans sa plus grande extension, et amenez-le graduellement à l'endroit désiré ; alors coupez les extrémités. Pressez les dents avec force dans la direction vers laquelle vous désirez la placer, avec une main, tandis qu'avec le brunissoir de l'autre, vous pressez la bande dans les interstices.

Premier cas. — Le premier cas que je décrirai est celui d'une jeune fille qui, à l'époque où elle vint me voir, était dans sa dix-huitième année. La condition de ses dents, à ce moment, est bien montrée dans la figure 1. L'incisive centrale supérieure manque ; elle a été extraite, quand la patiente avait environ onze ans, par un dentiste ambulant, qui déclara que c'était le seul moyen de la soulager d'une douleur intolérable résultant de la dévitalisation de la pulpe. Pour dissimuler cette perte, une petite pièce en caoutchouc vulcanisé a été portée depuis environ trois ans et demi. Les dents antérieures restant à la mâchoire supérieure ont été graduellement poussées en dehors, en sorte qu'au moment où je les vis, elles faisaient un angle d'environ quarante-cinq degrés. A la mâchoire inférieure, les incisives sont restées dans l'arcade dentaire, mais les cuspides inclinent en avant. Il résulte de cette conformation que le menton est un peu plissé et légèrement relevé. Les lèvres faisaient une moue constante, donnaient à la bouche l'air maussade. Les molaires étant les seules dents qui s'articulaient convenablement, la bouche ne se fermait jamais naturellement, et la patiente était incapable de mordre avec ses incisives.

En traitant ce cas, j'eus pour but quatre points principaux : 1° la disparition de la moue par la production d'une courbe mieux prononcée ou plus ovale ; 2° la réduction à leur position naturelle des dents projetées en avant ; 3° l'amélioration de l'articulation ; et 4° le remplissage du vide causé par la perte de l'incisive centrale supérieure droite.

Le dernier point mentionné fut le premier qui m'occupa. Les deux premiers jours, on se servit d'une forte bande pour rapprocher les extrémités ou les bords coupant de la droite latérale et de la gauche centrale.



Fig. 2.

Une bande d'or très mince et très étroite (fig. 2) fut alors disposée pour embrasser les collets de ces deux dents, et un coin de bois fut introduit sous elle du côté des bords coupants, forçant les dents à se mouvoir verticalement l'une vers l'autre. La bande étant placée autour des collets et le bois l'étendant vers les

bords coupants, il en résultait une grande pression au sommet de la racine.

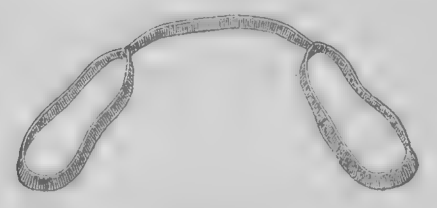


Fig. 3.

Une autre bande (fig. 3) fut alors construite pour mouvoir les incisives en arrière et les amener dans une position plus verticale. Celle-ci fut mise en position sans enlever la première (fig. 2). Elle consistait en deux bandes embrassant les cuspides et les bicuspides de chaque côté, et reliées par une autre bande de même métal passant intérieurement aux incisives. La bande d'union fut alors pressée dans les interstices des dents, et des coins de caoutchouc furent insérés. Cet appareil produisit une pression constante en arrière sur les dents antérieures et une pression extérieure sur les cuspides et les bicuspides. La bande d'or agissait comme levier, les dents latérales comme point d'appui et les dents postérieures comme la puissance. La bande d'union fut coupée et raccourcie chaque deux jours, la patiente ayant une séance chaque jour pour permettre de resserrer l'or à mesure que les dents cédaient devant lui.



Fig. 4.

Au bout de trois semaines, l'étroite bande qui entourait le collet des ineisives fut écartée, son œuvre étant accomplie, et celle que représente la figure 3 fut remplacée par une autre, qui passait extérieurement autour de toute l'arcade depuis la première molaire d'un côté jusqu'à la dent correspondante de l'autre. Cet appareil (fig. 4) était destiné à un petit travail, son principal office étant de maintenir le gain précédemment obtenu et de clore les espaces entre les dents, qui étaient maintenant presque égaux enétendue, et d'amener les dents à une position verticale. L'épaisseur de l'or fut doublée sur les incisives et les euspides pour empêcher de céder pendant que le mouvement en arrière progressait, ce qui

aurait permis à l'arcade dentaire de reprendre l'apparence maussade que le traitement avait pour but de corriger. Le petit crochet ou griffe était destiné à empêcher la bande de glisser en haut vers la gencive, ce qu'elle avait une tendance à faire quand on l'appliqua pour la première fois. La patiente porte maintenant une bande semblable, mais d'un tiers moins large, comme pièce de retenue, qu'elle retire et remet à sa volonté.

Le traitement de l'irrégularité des dents antérieures inférieures, fut commencé environ une semaine après celui de la machoire supérieure, et il fût terminé en trois semaines.

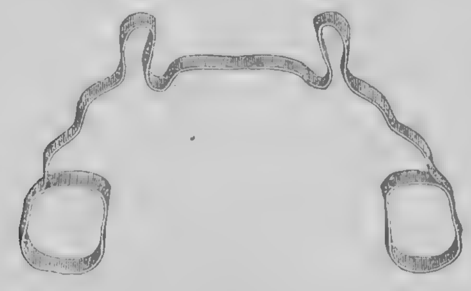


Fig. 5.

Une bande construite comme le montre la fig. 5, fut appliquée, s'aggraffant sur les premières molaires des deux côtés et passant autour des cuspides et derrière les incisives. Un coin de bois fut placé entre les incisives et la bande, et les ressorts formés en pressant la bande dans les interstices des cuspides et des bicuspides furent coupés et réajustés comme précédemment.

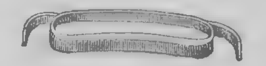


Fig. 6.

Après deux semaines, cet appareil fut remplacé par un autre (fig. 6). Il consistait en une bande plane s'aggraffant sur les incisives, avec des ailes entourant les cuspides, et ayant la partie placée derrière les incisives d'une épaisseur double. Un petit morceau de caoutchouc inséré sous chacune des ailes termina le travail en une semaine. Les ailes furent alors repliées pour maintenir le gain obtenu, et la pièce donnée à la patiente pour être portée comme plaque de retenue.

La figure 7 est une représentation exacte du moule de la bouche pris à la fin du traitement. Le travail fut poussé si rapidement que le maxillaire fit une légère saillie au point d'attache du compresseur du nez et du relacheur de l'aile, en sorte que les ailes du nez furent tirées latéralement en dedans et en bas, en produisant un léger bombement ou pont sur le centre du nez.

Mais je vis la patiente, quelques six mois après le traitement, les



Fig. 7.

muscles s'étaient ajustés d'eux-mêmes et aucune difformité n'était visible. La patiente me fit connaître alors qu'elle n'avait jamais éprouvé aucune gène des deux appareils de retenue.

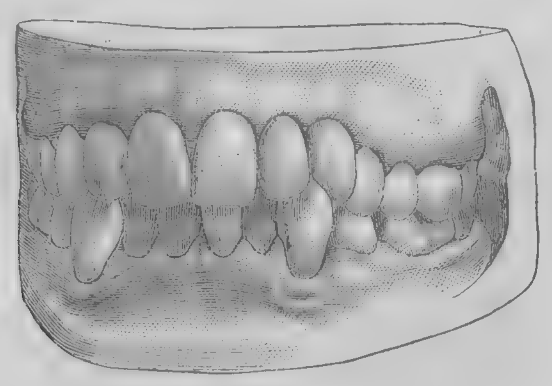


Fig. 8.

2e cas. — La patiente est une dame âgée de vingt-sept ans. L'occlusion des dents était très défectueuse (fig. 8). Les cuspides inférieures se formaient en avant de celles de la machoire supérieure, donnant au menton une forme angulaire et la difformité s'aggravait de jour en jour. Les dents de sagesse faisaient éruption précisément à cette époque, causant une douleur considérable et poussant encore davantage en avant les cuspides inférieurs. Comme les dents de sagesse étaient bien développées, je me décidai à extraire les premières bicuspides pour leur faire place, ce qui fut fait sans difficulté. Le trismus menaçant, disparut

promptement et le traitement pour ramener les cuspides dans leur position commença.

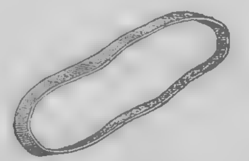


Fig. 9.

Deux bandes d'or (fig. 9) furent appliquées, une de chaque côté embrassant la première molaire et la cuspide. Les bandes furent pressées dans les interstices à la fois sur les surfaces buccales et linguales des dents. Pendant la première partie du traitement, on se servit de bandes épaisses pour disposer les dents à se réserrer et les forcer à se placer convenablement, chaque cuspide étant pressée en arrière avec le pouce de la main gauche, tandis que la bande d'or était serrée dans les interstices avec une paire de daviers à racine. Les molaires furent coiffées la première semaine, de manière à permettre aux cuspides de la machoire opposée de passer librement l'une et l'autre.

Comme l'absorption procède lentement à l'âge de la patiente, on ne jugea pas convenable de pousser le travail rapidement, et les bandes ne furent en conséquence coupées et reserrées que deux fois par semaine. Aussitôt que les cuspides furent redressées de leur position inclinée, le cas devint très simple à traiter; car l'arrangement et la forme des dents me permettaient de poser des bandes très serrées. Le traitement fût achevé en dix semaines. La figure 10 est la reproduction d'un moule fait après la terminaison du travail..

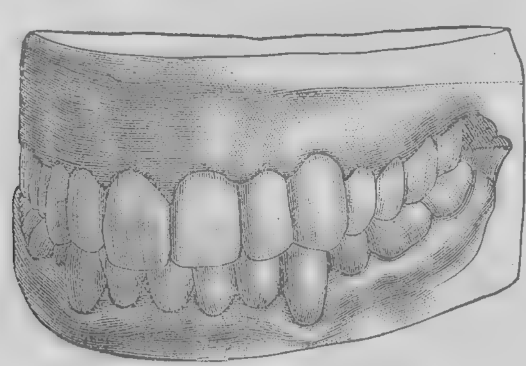


Fig. 10.

Pour montrer avec quelle facilité l'appareil a été supporté, je puis dire que la patiente était une cantatrice de grand mérite et

que pendant toute la période du traitement, elle a pu chanter avec une justesse parfaite de ton et de prononciation.



Fig. 11.

Le 3e cas a été corrigé en huit séances. La patiente était une dame âgée de vingt-deux ans. A l'âge d'environ dix ans elle tomba se brisant les dents de la machoire supérieure, de telle sorte que les incisives latérales droites sautèrent et que les autres purent changer de place, les incisives cenlrales de gauche faisant un angle de 35° au point d'attache avec l'avéole renouvelée. Avant que je ne visse ce cas, un dentiste de l'Ohio avait essayé de remettre les dents dans une position convenable au moyen d'une bande de caoutchouc passant de la centrale gauche sur le petit point d'appui que l'on voit sur la figure entre les centrales

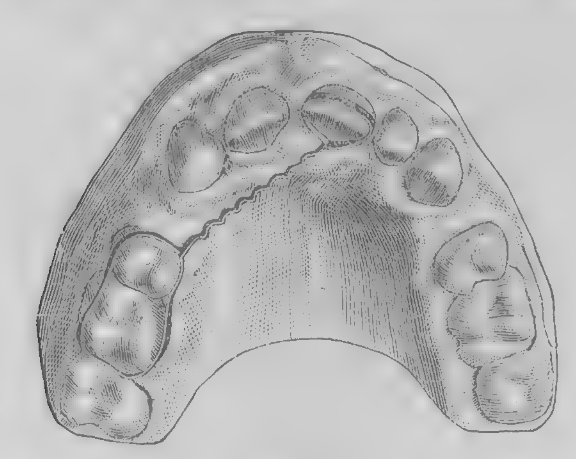


Fig. 12.

(fig. 11); mais cette tentative ne réussit pas, la résistance étant presque égale à la puissance employée.

L'appareil que j'employai pour corriger le cas est montré dans la figure 12, c'est une simple bande d'or s'étendant de la seconde bicuspide et de la première molaire du côté droit, comme base, à travers la bouche jusqu'à la centrale à déplacer. Il n'y avait pas ici de dents que l'on pût utiliser pour façonner la bande d'union en une série de ressorts, mais ceci fut facilement accompli en contournant la bande comme il est montré.



Fig. 13.

La figure 13 montre un appareil un peu plus compliqué que ceux précédemment décrits. On s'en est servi dans un cas où la droite centrale recouvrait la latérale. Elle montre comment la méthode que je préconise peut être employée pour détourner une dent quand la force doit être appliquée directement au traves la bouche. Cet appareil fut appliqué après que l'espace nécessaire eût été ménagé. Il accomplit son œuvre en quatre jours. Après quoi, on appliqua un appareil de retenue, consistant en une simple bande agraffée étroitement autour de la centrale qui avait été tournée, et maintenue par des ailes aboutissant sur la centrale gauche et sous la la latérale droite.

Il existe bien peu de formes d'irrégularité des dents à la correction desquelles la méthode que j'ai essayé de décrire ne puisse être appliquée. Depuis que j'ai commencé à l'employer, je n'en ai trouvé aucune et j'ai traité beaucoup de cas. Quand j'ai exposé la méthode devant l'Association des dentistes du Sud, le Dr M. Kellops m'a fait l'honneur de la caractériser comme « la plus simple et la plus efficacement régulièrequ'il eût jamais vue », J'ai la confiance qu'elle peut être essayée avec succès et je suis sùr qu'elle tiendra tout ce que j'en promets.

Dental Cosmos. Mai 1886.

Revue des Journaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ODONTOGÉNIE

Sur la formation et l'évolution des dents de l'homme, avec applications à la chirurgie dentaire et à la médecine légale.

Par MM. DEBIERRE et J. PRAVAZ.

Travail du laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine de Lyon

La savante étude de MM. Debierre et Pravaz, mérite d'être connue en entier, et nous engageons tous ceux qui s'intéressent à l'évolution physiologique des dents humaines, de la lire dans les Archives de Physiologie qui l'a publiée. Les belles planches qui y sont jointes ajoutent encore à l'intelligence du texte.

Le cadre de ce journal ne nous permet que d'en reproduire les conclusions.

Cet ordre de travaux avait été un peu délaissé chez nous depuis les recherches de MM. Legros et Magitot. Nous sommes heureux de voir la science française y apporter une nouvelle contribution.

IMPORTANCE PRATIQUE DES DONNÉES PRÉCÉDENTES

Nul ne méconnaîtra l'importance des organes dentaires pour déterminer l'âge dans un cas donné. Ce sont là des organes durs et extrêmement réfractaires qui résistent longtemps à la putréfaction. Aussi la médecine légale, en particulier, a-t-elle grand intérêt à connaître exactement la disposition des dents temporaires et permanentes, le degrés de développement de celles-ci en fonctions de l'âge, l'état des alvéoles, l'éruption, l'usure des dents.

Un embryon est-il en morceaux, l'état de l'évolution dentaire permettra d'affirmer à quel âge il est parvenu ; est-il macéré, les sacs dentaires difficilement altérables, permettront encore à l'expert de se prononcer ; pour peu enfin qu'on puisse recueillir un des maxillaires, on aura dans le chapeau de dentine un élément d'appréciation sûr.

Chez le fœtus, l'ossification du maxillaire débute par une mince lamelle osseuse qui s'étend à tout le maxillaire sous forme d'une gouttière dans laquelle sont placé les sacs dentaires appendus à la muqueuse gingivale. Cette lamelle située au-dessous du cartilage de Meckel, s'interpose entre les vaissaux et nerfs dentaires et les sacs. Longtemps la gouttière folliculaire, largement ouverte du côté du bord alvéolaire de la mâchoire, reste à cet état et les sacs dentaires sont placés dans cette gouttière comme l'étaient toute la vie les dents de l'Hesperornis et de l'Ichthyosaurus. Ce n'est qu'après le début de la couronne que des cloisons se détachent des

parois de la gouttière, qui finissent par la séparer en compartiments dits alvéoles.

Au sixième mois les compartiments sont encore incomplets, et chaque sac dentaire est bien logé déjà dans une loge, mais celle-ci communique encore avec les voisines. Il n'en est plus de même au neuvième mois de la conception ; les alvéoles des incives, canines et premières prémolaires se sont complétées. La séparation de l'alvéole commune à la prémolaire postérieure et à la première molaire est encore imcomplète. A la mâchoire supérieure, ce travail est un peu plus avancé ; mais l'alvéole de la première molaire n'a pas encore de paroi postérieure. Les alvéoles des I permamanentes centrales sont visibles ; celles des I latérales achèvent de se creuser derrière les I provisoires.

L'alvéole commune à la première molaire et à la prémolaire postérieure n'est pas encore séparée du nerf dentaire par une lame osseuse à la mâchoire.

Le trou mentonnier est placé entre la canine et la première petite molaire. Une telle mâchoire, mise entre les mains du médecin légiste lui permettra de dire que l'enfant auquel elle a appartenu était à terme. La symphyse mandibulaire est-elle soudée, cette ankylose lui permettra de dire que l'enfant a de 6 à 8 mois ; la gouttière alvéolaire a-t-elle dépassé le demi-cylindre, une loge particulière s'est-elle montrée pour la première molaire permanente et s'est-elle séparée de l'alvéole de la deuxième prémolaire temporaire, cette simple constatation lui suffira pour établir l'âge du sujet, 8 mois environ.

Chez le nouveau-né, les cryptes ou alvéoles ne sont point encore disposées sur une ligne régulière ; à la mâchoire supérieure, le bord alvéolaire descend à peine au-dessous du plan de la voûte palatine, les alvéoles ne sont séparées que par une mince cloison osseuse des fosses orbitaires, et c'est à peine si le sinus maxillaire est représenté par une légère dépression sur la paroi de la cavité des fosses nasales. Les débris d'une telle mâchoire seraient suffisants pour établir l'âge de l'enfant. Le développement des dents après sa naissance, qui avant nous n'avait été que fort imparfaitement observé, de la naissance au moment de leur éruption, est un guide non moins fidèle. Nos figures, mises en regard d'une dent donnée et inconnue, permettrait facilement d'en déterminer la nature et l'âge, à quelques mois après.

Avant l'apparition des dents, le canal dentaire est moins bas, parce que le rebord alvéolaire est moins élevé (il y a pour chaque dentition un canal dentaire particulier) ; le trou mentonnier s'ouvre au-dessous de l'alvéole de la canine. Après l'éruption le canal dentaire se rapproche (relativement) de la base de la mâchoire ; le trou mentonnier recule jusqu'à l'intervalle qui sépare la première de la deuxième prémolaire. Chez le nouveau-né, ce trou est placé la C. et la première petite molaire antérieure ; entre les deux prémolaires, à la troisième année, il est au-dessous de la pré-

molaire postérieure ou tout au moins au niveau de l'intervalle qui sépare les deux prémolaires.

A 14 millimètres de la symphyse chez le fœtus à terme, ce trou est à 20 millimètres de la même symphyse à 7 ans, à 20 millimètres chez l'adulte.

Mais si l'étude des dents importe au premier chef en médecine légale cette étude est non moins indispensable au chirurgien et au dentiste.

Nous ne voudrions pas entrer dans le domaine de l'anatomie pathologique. Nous ne pouvons cependant passer sous silence que les débris et le bourgeonnement de la lame épithéliale et du cordon adamantin peuvent être le point de départ de l'épithélioma central des maxillaires (Verneuil).

Pour Malassez, les kystes des maxillaires, dits folliculaires, dont la paroi du sac est doublée d'épithélium pavimenteux sont le fait des masses épithéliales qui se trouvent en grand nombre autour de la racine de la dent, opinion conforme à celle de Verneuil, Reclus, Nepveu, opposée à celle de Magitot, qui fait provenir ces kystes du périoste alvéolo-dentaire. (Voyez Soc. de Biologie, 8, 15, 22, 29 mars 1884 et 31 octobre 1885) (1).

Les débris épithéliaux paradentaires semblent être des essais avortés de germes adamantins d'attente, dit Malassez (Archives de Physiol., 15 mai et 15 novembre 1885), analogues à ceux que l'on rencontre chez les animaux dont les dents se peuvent régénérer. Ils sont le point de départ des kystes radiculo-dentaires, dentifères, odontoplastiques, ainsi que du plus grand nombre des épithéliomas des mâchoires. Les alvéoles ne sont point des cavités préexistentes creusées exprès pour les dents et attendant que celles-ci veulent bien venir s'y loger. Loin de là, les alvéoles sont sous l'entière dépendance des dents, le développement de celles-ci est leur seule raison d'être ; elles paraissent avec elles, se développent et grandissent et disparaissent avec la chute de l'organe dentaire. D'où, circonstance importante, la possibilité de modifier la direction des dents irrégulièrement plantées. Une traction faible et soutenue suffit au dentiste pour obtenir les meilleurs résultats de ce genre. D'où encore la possibilité d'enlever une dent pour faire place aux deux voisines, qui s'approprient fort bien alors la sphère alvéolaire de la dent qu'on a fait sauter.

La connaissance des faits odontogéniques met également le chirurgien à l'abri de bien des méprises, et de fausses manœuvres opératoires. Grâce à l'anatomie, il sait par exemple que la première molaire n'appartient pas à la première dentition, qu'elle n'a point au-dessous d'elle de dent de remplacement, d'où il se gardera bien d'en pratiquer l'avulsion dans des conditions données et excellentes pour l'avulsion d'une prémolaire provisoire par exemple, car cet organe dentaire resterait sans successeur.

---

(1) Voir l'*Odontologie*, 1885-1886.

Les prémolaires permanentes sont étroitement embrassées par les racines des prémolaires provisoires. Cette condition anatomique exige certaines précautions quand il s'agit d'enlever les premières car on a vu avulser les secondes en même temps, chose d'autant, plus faeile qu'assez souvent les racines des prémolaire de lait sont recourbées en « branches de forceps » dont la concavité embrasse les petites molaires permanentes.

Plus la cavité dentaire est ample, moins la substance osseuse des dents a d'épaisseur, et réciproquement. C'est sans doute la raison pour laquelle on voit des caries peu profondes causer des douleurs fort vives, pendant que chez d'autres sujets cette affection attaque les dents à une grande profondeur sans que l'on en soit incommodé Dans le cas de diminution numérique par absence congénitale, la conduite du praticien devra être l'abstention, aucune opération ne pouvant provoquer le développement d'un germe absent ou avorté (Magitot). Dans l'augmentation numérique, le chirurgien se guiidera sur les dispositions particulières pour, suivant les cireonstances, conserver ou avulser certaines dents, de manière à rétablir l'harmonie de la denture.

Nous ne voulons pas insister, convaincus que nous en avons dit assez pour faire saisir toute l'importance pratique des données précédemment acudises.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SUR L'EXISTENCE DE DÉBRIS ÉPITHÉLIAUX PARADENTAIRES DANS UN CAS DE KYSTE DENTAIRE DE L'OVAIRE

Par L. Malassez

Il y a deux ans (1), je disais à la Société qu'il existait des petite masses épithéliales autour de la racine des dents dans le ligament alvéolo-dentaire, le prétendu périoste des auteurs ; et, me basant sur les faits que j'avais recueillis depuis plusieurs années, je supposais : 1° que ces masses constituaient une disposition anatomique normale, très fréquente sinon constante ; 2° qu'elles provenaient de diverses productions épithéliales qui accompagnent la formation de l'organe de l'émail, lesquelles auraient en partie persisté ; que c'étaient donc des débris épithéliaux fœtaux comme il en existe tant dans l'économie ; d'où le nom de « débris épithéliaux paradentaires » que je proposais de leur donner ; 3° que ces masses enfin étaient le point de départ des prétendus kystes périostiques et folliculaires des mâchoires, ainsi que des kystes multiloculaires et des autres néoformations épithéliales qui se développent dans les maxillaires et dont on ne peut faire remonter l'origine ni aux téguments ni aux glandes du voisinage (2).

(1) *Société de biologie*. séance du 19 avril 1884.

(2) Voir : *Société de Biologie*, séance du 31 octobre 1885 et *Archives de physiologie* 1885, t. I. p. 129-148. 309-340, pl. 3 et 4, 11 et 12 ; t. II, p. 380-449, pl. 12 et 13.

Les faits nouveaux qu'il m'a été donné d'observer depuis cette première communication sont venus confirmer en tous points ces trois assertions (3). Les exposer tous serait répéter ce que j'ai déjà dit ici ou ailleurs ; aussi ne parlerai-je que de l'un d'eux, lequel porte sur un point non encore étudié.

Il existe, comme on le sait, des kystes de l'ovaire dans lesquels on trouve des dents ; il était intéressant de voir si ces dents anormales, en tant que siège, présentaient comme les normales des débris épithéliaux paradentaires. J'ai pu faire cette recherche sur un kyste récemment enlevé par M. Terrier. On y voyait une loge principale et plusieurs petites loges secondaires ; le revêtement épithélial était en partie du type muquoïde, en partie du type dermoïde ; c'était donc un kyste mixte. Dans l'une des petites loges, communiquant d'ailleurs avec la grande, se trouvait une touffe de poils. Dans la grande se trouvaient trois dents implantées dans la paroi, comme le sont les dents normales dans les gencives ; deux d'entre elles faisaient saillie dans la cavité kystique, l'une ressemblait à une incisive, l'autre à une petite molaire ; la troisième faisait bien saillie dans la cavité, mais elle était recouverte par la muqueuse kystique à la façon des dents normales qui n'ayant pas achevé leur travail d'éruption n'ont pas encore percé les gencives ; cette dent ressemblait à une petite molaire. Les racines de ces trois dents plongeaient dans une plaque osseuse irrégulière, sans forme définie, qui se trouvait à leur niveau dans l'épaisseur des parois kystiques et à laquelle elles adhéraient solidement.

Ces trois dents furent détachées avec un peu de la plaque osseuse et des tissus circonvoisins ; sectionnées en deux par un trait de scie longitudinal. Voici l'une de ces moitiés ; l'autre moitié a été préparée par le procédé que j'ai déjà dit ; décalcification dans une solution concentrée d'acide picrique contenant 2 0/0 d'acide azotique fumant ; bain de 24 heures dans de l'eau pure, puis dans une solution sirupeuse de gomme arabique ; congélation et section en coupes de 1/50 à 1/100e de millimètre d'épaisseur ; coloration au picrocarmin ; montage dans de la glycérine picrocarminée.

Or, autour de chacune de ces trois dents, sur presque toutes les coupes, on peut voir de petites masses épithéliales tout à fait semblables aux débris épithéliaux paradentaires des dents normales. Elles siègent dans le tissu fibro-vasculaire qui entoure les dents, et les réunit à la plaque osseuse, à la façon d'un ligament alvéolo-dentaire. Elles sont plus nombreuses dans les parties de ce tissu voisines de la cavité kystique : et c'est sur les coupes de cette région, faites tangentiellement à la surface extérieure de la dent et entamant pas ou peu celle-ci, qu'on les voit le mieux ; le ligament se trouvant en effet coupé obliquement offre à l'examen microscopique de plus grandes étendues de tissu.

Ces masses se présentent dans de telles préparations sous forme de traînées épithéliales coupées en divers sens ; on en voit parfois qui se ramifient et s'anastomosent ; il en est qui très allongées se terminent par une extrémité renflée à la façon d'un bourgeon adamantin. Les cellules qui composent ces amas sont en général assez irrégulières et l'on ne distingue entre elles ni espaces intercellulaires, ni filaments d'union bien nets.

Mêmes dispositions des débris autour de la dent non sortie ; on en

(3) M. Albarran, interne des hôpitaux, a fait de son côté des recherches qui parlent dans le même sens ; elles ont été publiées en partie à la Société Anatomique, séances du 12 juin 1885 et du 2 janvier 1886.

voit aussi dans la partie de la paroi kystique qui recouvrait cette dent. Ils sont là en plus petit nombre et fort réduits ; on en remarque qui partent de la face profonde de cette paroi, face qui était en rapport avec la couronne de la dent et était tapissée d'un épithélium de type adamantin. Sur les pièces fraîches, il y avait adhérence entre la paroi et la couronne ; tandis que sur les coupes microscopiques, il existe un espace entre elles, espace évidemment artificiel qui résulte de la dissolution de l'émail pendant la décalcification et, probablement aussi, de déchirures et arrachements produits dans la couche épithéliale pendant les diverses manœuvres de préparation.

Il y a tout lieu d'admettre que ces productions épithéliales, qui sont si semblables à celles que l'on trouve autour des dents normales, reconnaissent une origine analogue ; que ce sont donc des débris de ces néoformations épithéliales qui ont concouru à la formation de ces dents anormales et auraient persisté une fois celles-ci complètement développées, bref, que ce sont des débris épithéliaux paradentaires.

Il serait possible enfin que ces débris anormaux soient, eux aussi, le point de départ de kystes ou d'autres néoformations épithéliales. Dans le cas actuel, il existait quelques petits kystes au voisinage des dents et j'ai voulu voir s'il ne s'en trouvait pas parmi eux qui auraient pu avoir une telle origine. Cette origine peut parfois se reconnaître : j'ai constaté, en effet, que certaines néoformations épithéliales des mâchoires, vraisemblablement d'origine paradentaire, tendaient à reproduire l'aspect si spécial de l'épithélium adamantin, ce qui leur constituait une sorte de certificat d'origine. Il fallait donc dans le cas actuel rechercher si ces kystes présentaient des revêtements ou des prolongements épithéliaux de type adamantin. Je n'ai rien vu de bien net à ce point de vue sur mes préparations; une seule cavité avait peut-être un tel revêtement, malheureusement elle se trouvait sur les limites de la pièce, avait été ouverte et son épithélium en avait été presque complètement enlevé ; il n'en restait que quelques débris déchiquetés. Peut-être sera-t-on plus heureux dans d'autres cas.

(Société de biologie. — Séance du 29 mai).

MICELLANEA

Epiphora et ectropion léger guéris par l'extraction d'une racine de dent canine. — « Une dame de 43 ans se présenta à l'hôpital dentaire de Londres avec une fistule s'ouvrant à environ un demi pouce de l'angle interne de l'œil droit et d'accompagnement d'épiphora et d'un léger ectropion du même côté. Les larmes coulent constamment sur les joues et la difformité produite par l'ectropion et qui augmente sans cesse, l'affecte beaucoup. L'examen de la bouche montre qu'elle est saine, mais on ne trouve rien à la place de la canine supérieure droite. La malade se rappelle que cette dent a été cassée quelques années auparavant et que la racine n'a pas été extraite. Une faible pression fait sortir une petite quantité de pus par la fistule de la joue, mais rien ne sert du côté de la

bouche. A l'aide d'un stylet, on arrive sur quelque chose qui a la consistance d'une dent.

« La malade ayant refusé tout anesthésique, le chirurgien met à nu la racine de la dent en incisant la gencive avec un fin scalpel ; la cavité est alors bourrée de charpie, et, le lendemain, alors que tout danger d'hémorrhagie a disparu, on procède, non sans quelque difficulté, à l'extraction de la racine de la dent. Elle mesure 3[4 de pouce de longueur ; il ne vient pas de sac purulent avec elle, mais son extrémité est absolument dénudée de membranes.

« La cavité suppura pendant quelque temps, puis la suppuration se tarit, et, quand la malade fut vue pour la dernière fois, elle était guérie ; elle n'avait plus d'épiphora, la paupière avait repris sa direction normale, et la fistule de la joue était complètement fermée.

(J.-M. Ackland, *Brit. med. journal*, 8 août 1885, vol. II, page 250) ».

Ce fait est un exemple des troubles oculaires qui peuvent être produits par les affections du système dentaire. En France, M. le Dr Galezowki a depuis longtemps attiré l'attention du monde médical sur cette relation pathogenie entre les yeux et les dents. Il recommande un examen minutieux de la bouche aux malades chez lesquels on ne trouve rien qui puisse expliquer les désordres survenus du côté de l'appareil oculaire.

Dr Th. D.

Cécité subite causee par des dents cariées. Par R. Skagsborg, *Dentiste, à Stockolm.* — En 1855, une jeune paysanne fut envoyée à M. S.... par un oculiste, pour que l'état des dents fut examiné. Cette jeune fille avait déjà perdu la vue de l'œil droit quelque temps avant. Comme on n'avait rien remarqué d'anormal sur la rétine et dans le voisinage de l'œil, les dents furent soupçonnées d'être la cause du mal.

La malade (âgée de 19 ans) déclara que l'altération de la vue remontait au 30 mars ; qu'à cette époque, elle eut devant l'œil droit comme un léger brouillard qui augmenta graduellement, à un tel point que, le 8 avril suivant, elle ne voyait plus du tout de cet œil. Elle souffrait aussi, en même temps, d'un violent mal de tête.

Une bougie allumée présentée devant l'œil, ne provoqua aucune perception lumineuse.

A l'examen de la bouche, on trouva que les grosses et les petites molaires des deux côtés étaient entièrement cariées, et avaient donné lieu à des périostites et à des abcès alvéolaires. Dents et racines du côté malade furent extraites le 14 avril. Le 18, la malade y voit un peu mieux ; le 23, elle pouvait distinguer l'heure d'une

montre; le 25, onze jours après le commencement du traitement, elle pouvait lire même les plus petits caractères.

Le traitement dura en tout 27 jours.

On peut plus facilement imaginer la joie de la malade que de la décrire.

Afin de prévenir des accidents semblables de l'autre côté, on enleva les dents malades du côté gauche.

(*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde.*

Traduit par M. R. Heidé.

Opérations sur les maxillaires. — M. Monod présente deux femmes ayant subi l'une l'ablation du maxillaire supérieur pour un cancer de cet os, l'autre la désarticulation de la moitié droite du maxillaire inférieur pour un épithélioma du plancher de la bouche, de la langue ee des parties voisines du pharynx. Pour la première opérée, il demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une restauration autoplastique de la joue, l'appareil prothétique ne comblant qu'incomplètement la perte de substance causée par l'opération.

Pour la seconde, il appelle l'attention sur les soins post-opératoires. L'opération achevée, il a pratiqué la trachkeotomie et a conduit par la narine dans l'œsophage une soude à demeure qui a permis de nourrir la malade tout en garnissant de gaze iodoformée la eavité buccale. L'aseptie de la plaie fut ainsi assurée et ses suites heureuses- (*Société de Chirurgie*, 17 février.)

LES DENTS DE LA MOMIE DE SESOSTRIS

On vient de découvrir en Egypte le tombeau de Ramsès II qui vivait quinze ou seize cents ans avant l'ère chrétienne. Nous extrayons du procès-verbal de M. Maspero, l'ex-directeur du musée de Boulaq, ce qui concerne l'état de la bouche et des dents :

« La bouche assez peu fendue est bordée de lèvres épaisses et char-
« nues ; elle était remplie d'une pâte noirâtre dont une partie, détachée
« au ciseau, a laissé entrevoir quelques dents très usées et très friables
« mais blanches et bien entretenues. »

LES DENTS DU GORILLE

A propos d'un don de crâne de gorille fait à la Société d'Anthropologie, une discussion s'est engagée sur le volume de la dernière molaire comparativement aux autres. Nous extrayons du deuxième fascicule du Bulletin de la Société d'Anthropologie ce qui a été dit sur ce point d'anatomie comparée.

M. Manouvrier. — ... Les dents de sagesse sont sorties et sont très volumineuses ; on sait d'ailleurs que l'éruption de ces dents est très précoce déjà chez les races humaines sauvages, et il y a lieu de croire que, chez les anthropoïdes, elle suit immédiatement l'éruption des deuxièmes molaires.

Il n'y a qu'une incisive à droite et la voûte palatine paraît être plus étroite de ce côté.

M. Hervé. — Le volume des prémolaires va en décroissant de la première à la deuxième, aussi bien que dans l'espèce humaine.

M. Topinard. — J'ai examiné, au point de vue du volume croissant et décroissant des molaires, tous les crânes de carnassiers, de singes ordinaires et d'anthropoïdes que nous connaissons, ainsi que quelques centaines de mâchoires humaines. Je publierai prochainement une note sur ce sujet. Mais dès à présent je puis dire que ma résultante générale, c'est que le volume décroît d'avant en arrière chez l'homme qu'il croît, au contraire, chez les singes ordinaires et qu'il ne croît ni ne décroît chez les anthropoïdes. Toutefois, il y a bien des anthropoïdes et même quelques mâchoires humaines qui présentent la disposition des singes ordinaires, de même qu'il y a des anthropoïdes qui offrent a disposition humaine.

BIBLIOGRAPHIE

QUESTIONS ET RÉPONSES SUR LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DENTAIRES

Par Foulks D. D. S.

Ancien démonstrateur au Collège dentaire de Philadelphie.

(Traduction du Dr Darin (Ash. et Fils, 1886).

Nous sommes heureux de la nouvelle traduction du Dr Darin; son seulement elle enrichit notre litterature professionnelle encore ni pauvre, d'un petit livre, où élèves et jeunes praticiens trouveront beaucoup à glaner, mais encore, parce qu'elle nous donne un aperçu de l'enseignement de l'Odontologie dans le pays qui eut l'honneur de le créer et l'avantage de le posséder depuis près de quarante ans.

Les questions et réponses sur la pathologie et la thérapeutique dentaires sont, comme le titre l'indique, un memento à l'usage des candidats au diplôme de D. D. S., les questions sont de celles qu'on pose aux examens au Philadelphia Dental College. Ces réponses sont faites d'après des notes puisées aux cours du professeur Flagg, titulaire du cours.

Le plan, la classification, certaines idées de M. Flagg ne cadrent pas absolument avec celles qui sont enseignées dans les jeunes écoles de notre vieille Europe.

L'esprit et la méthode sont autres.

On y constate de nombreuses lacunes, et cela se comprend, étant donnée l'exiguité du livre. Ainsi l'étiologie, l'anatomie phatologiques y sont presque passées sous silence. Le diagnostic n'a pas non plus l'importance qu'il devrait avoir. Tout son intérêt est dans les notions pratiques qu'il renferme, sur l'action des topiques, sur les principales règles de la dentisterie opératoire.

Quelques réponses sont, à nos yeux, contestables ; par exemple, ce que disent les auteurs de l'exostose, du rôle de la dentition dans la mortalité infantile, de l'utilité de l'acide chromique dans les caries du deuxième degré; mais, malgré cela, les questions et réponses contiennent bien des suggestions utiles, et il sera consulté avec profit.

Caulk's Dental annual 1885-86. — Tous les ans, M. Caulk édite un livre de renseignements sur l'art dentaire aux Etats-Unis. La reproduction des textes des diverses mesures légales règlementant l'exercice de la profession de dentiste; la nomenclature des nombreuses sociétés professionnelles, la composition de leurs bureaux, ainsi que tout ce qui concerne la législation et la statistique, listes de journaux, de brevets y trouvent place. Cela fait de ce petit annuaire un compendium fort utile surtout pour les nationaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De l'opportunité (1) de l'application de la loi du 19 Ventose an XI, a la profession de dentiste

par S. Fillatreau,

Médecin de la Faculté de Paris, chirurgien-dentiste de l'Ecole municipale J.-B. Say, ex-chirurgien odontologiste de l'Ecole normale des instituteurs de la Seine 1876-1886, ex-aide-major attaché aux ambulances militaires du sixième secteur, inventeur de l'avulseur Fillatreau, instrument de chirurgie pour l'extraction des projectiles, employé pendant la guerre franco-allemande, membre de la Société odontologique de France, membre de la Société d'ethnographie, etc. Paris, chez l'auteur en son cabinet, 81, rue de Passy, 1886.

Qui aurait jamais supposé qu'en l'an de grâce 1886, un dentiste demanderait l'application pure et simple d'une loi tombée en désuétude, d'une loi qu'on veut remplacer à bref délai ; qu'au mépris des progrès qui ont fait de l'art qu'il exerce un art complexe, ayant sa technique, son champ scientifique spéciaux, il demanderait sa réintégration sur le tronc dont il émana ; qu'à l'encontre du mouvement moderne, qui incite les travailleurs à la spécialisation de la science et de la pratique, il demanderait la confusion dans l'étude et dans l'exercice professionnels?

Et partout il en est ainsi si nous en croyons le placard que nous avons sous les yeux.

L'auteur s'appelle M. S. Fillatreau ; c'est la première fois que son nom se révèle à ses confrères. Pour son début, il n'a pas

(1) Une erreur de mise en pages a amené la suppression de la fin de la « Chronique professionnelle » dans le numéro de juillet.

Afin de rétablir le sens de l'article nous l'insérons en entier y compris le fragment déjà publié.

voulu qu'on l'accusât de les flatter, et c'est par une critique sévère de leurs efforts qu'il se fait connaître.

Ces écoles, cet enseignement spécial, cette liberté d'exercice, ne lui disent rien qui vaille. La loi de Ventôse répond à tout; qu'on nous y ramène, qu'on l'applique en l'étendant aux dentistes, et tout sera pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Ni les efforts infructueux de ses devanciers, ni l'exemple des pays voisins, ni les événements contemporains, ne sont faits pour influencer cet homme à convictions inébranlables, et la loi de Ventôse n'aurait-elle plus qu'un seul défenseur. *Il serait celui-là.*

Afin qu'on puisse apprécier les griefs de M. S. Fillatreau contre le mouvement contemporain, nous devrons faire des citations nombreuses; toutes ayant leurs mérites, nos lecteurs seront heureux de les connaître.

Comme entrée en matière, l'auteur nous apprend que « les » écoles dentaires, comme les cabinets des dentistes. ne peuvent » exister aujourd'hui qu'à la faveur du silence de la loi du » 19 Ventôse. » (Il en est généralement ainsi pour tout ce qui n'est pas interdit légalement, les lois n'énumérant pas tout ce qu'elles permettent, mais ce qu'elles défendent.)

« Les fondateurs de ces écoles dont l'intention est certainement » louable (cela est aimable), ne pourront toutefois donner à » leurs élèves qu'une instruction insuffisante (pourtant supé» rieure à celle que vous avez reçue). Il ne faut pas être grand » clerc pour comprendre que le simple dentiste qui, la plupart » du temps, a exercé, avant de se familiariser tant bien que mal » avec l'art dentaire, une profession n'ayant aucun rapport avee » les sciences médico-chirurgicales, ne saurait, malgré le pré» tendu diplôme délivré par une école dentaire, posséder le » bagage scientifique et la sûreté de main nécessaires dans la » pratique des opérations à exécuter sur la bouche, ou, si vous » aimez mieux (ça nous est égal), sur des organes aussi délicats » que les dents. »

Tiens! tiens! mais cette sûreté de main nécessaire, etc., etc., vous avez lu cela quelque part, est-ce que ce ne serait pas dans une brochure intitulée : « le Bon sens en prothèse dentaire (1) que l'un de nous a tirée de l'oubli? Vous connaissez vos classiques, cher confrère, et, malgré votre esprit personnel, vous ne pouvez vous défendre de certaines réminiscences.

« On ne peut voir dans ce pseudo-diplôme que la justification » d'une sorte de droit de maîtrise incompatible avec les principes » de liberté qui règnent actuellement. »

Ah! celle-là est de vous. Vous y avez mis votre griffe; on ne s'y trompera pas.

---

(1) V, Odontologie, septembre 1883. P. 270.

Comment ! un diplôme conféré par une institution libre dans une profession ouverte à tous, un diplôme qui n'est que la constatation d'études antérieures, d'examens subis, sans droit d'exercice privilégié ; ce diplôme serait une sorte de droit de maîtrise. Vous n'avez donc pas essayé d'apprendre ce qu'étaient les maîtrîses avant d'en parler publiquement. C'est fâcheux, très fâcheux pour un homme qui se fait le conseil des législateurs, le censeur de ses pairs.

Que M. S. Fillatreau l'apprenne, ce « qui est compatible avec les principes de liberté qui règnent actuellement », c'est la délivrance des diplômes, c'est la liberté d'enseignement, c'est la liberté de pratique.

« Ils cherchent avant tout à voir figurer sur leur diplôme la « qualification de chirurgien, et ils en sont réduits, comme « auparavant, à l'usurper, avec ou sans certificats délivrés par « les écoles libres. »

Si vous n'avez vu dans la création des écoles libres odontologiques, — qui dans tous les pays ont été les premiers pas dans la voie du progrès, — que des institutions n'ayant pour but que de délivrer des diplômes, vous avez jugé avec peu d'équité leur œuvre, les résultats qu'elles ont obtenus. Vous avez fermé les yeux à la lumière.

L'enseignement est notre but, et la forme du diplôme, le diplôme lui-même ne nous importent qu'accessoirement ; nous renoncerons très volontiers à telle ou telle dénomination sur nos cartes de visite, mais ce qui nous est cher, c'est la somme de savoir pratique, que nous avons appris sur les bancs de notre école : c'est l'enseignement du traitement rationnel des dents cariées qui a fait notre force, notre succès. Les diplômes on les a plus aisément autre part qu'à l'Ecole dentaire de Paris, on le sait, et pourtant, nous avons un plus grand nombre d'élèves que beaucoup de nos concurrents français et étrangers.

L'emploi par les nôtres de la dénomination de chirurgien dentiste exaspère M. S. Fillatreau, nos parchemins ne devraient pas la porter (nous l'usurpons), dit-il.

Mais puisqu'il s'en sert lui-même, qu'il nous dise donc où il l'a prise ? Son diplôme d'officier de santé n'en fait pourtant pas mention. Comme ce grade a été établi pour faire des médecins de campagne — et non des dentistes — on a interdit à ceux qui l'ont obtenu l'exercice de la chirurgie, ce n'est donc pas à la suite d'examens qu'il a été consacré *ex-chirurgien odontologiste*. Est-ce que le diplôme d'officier de santé, conférerait le droit de qualification *ad libitum* pour ceux qui le possèdent ?

Peut-être ?

On va voir par ses conclusions, que l'inventeur de l'avulseur Fillatreau n'est pas de ceux qui s'arrêtent à mi-chemin ; car il

demande que sans diplôme médical, on ne puisse être investi du droit de :

« 1° Faire la préparation de la bouche,
« 2° De la prise de l'empreinte,
« 3° De la combinaison des pièces artificielles,
« 4° De l'application de ces pièces sur les muqueuses de l'ap-
« pareil buccal.

Il se résume ainsi :

« Donc, insuffisance et inutilité absolue du diplôme spécial.
« La création d'une chaire d'odontologie pour compléter
« l'enseignement officiel dans nos facultés est seule nécessaire
« et l'enseignement clinique se trouvera constitué par l'organi-
« sation d'un service dentaire dans les hôpitaux. »

Ce n'est pas être exigeant pour l'enseignement de son art. Une chaire d'odontologie, c'est-à-dire une quarantaine de leçons magistrales pour embrasser toute la science odontologique des cliniques dans les hôpitaux, c'est-à-dire des démonstrations pratiques sur l'extraction des dents, car nous ne pensons qu'on ait avec l'organisation actuelle de nos hôpitaux la possibilité d'avoir des fauteuils, d'opération des tours, et toute l'installation suffisante pour faire de la dentisterie proprement dite.

Et c'est tout ! Et cela suffirait! Nous n'aurions plus alors le régime des pseudo-diplômes, mais celui des pseudo-dentistes.

Nous aurions une nuée de Fillatreau, et si les dentistes étrangers trouvaient que la vie est trop difficile chez eux, ils pourraient venir en France, la loi de Ventôse leur aurait créé un état de choses et des concurrents tels qu'ils peuvent les souhaiter.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Conseil de direction (Résumé des Procès-verbaux).

Séance du 25 mai 1886.

Présidence de M. Poinsot.

Admission de M. Duluc, de Bordeaux, comme membre sociétaire de l'Association.

Demande d'admission de M. Touchard, de Dieppe.

M. Touchard annonce à la Société qu'il a pris l'initiative de la création d'un service dentaire dans les Ecoles municipales de

la ville. Il communique les lettres et arrêtés du maire de Dieppe à ce sujet.

Le Conseil félicite M. Touchard de son initiative.

A la suite du rapport de la commission d'enquête, le Conseil inflige quinze jours d'exclusion de la clinique à un élève.

Le programme des examens est, après certaines modifications, definitivement adopté.

M. Ronnet propose d'étudier dès maintenant dans quelles conditions la Société participera à l'Exposition universelle de 1889.

Le Conseil de direction nomme une Commission spéciale, composée de MM. Gillard, Lemerle et Ronnet.

M. Delalain, nommé expert dans une contestation entre un dentiste et un de ses clients, offre en don à l'Ecole ses honoraires d'expertise. — Des remerciements lui sont adressés.

Séance du 29 juin 1886.

Présidence de M. POINSOT.

Le secrétaire général annonce que, sur la proposition du Directeur M. David, il a été ouvert à l'Ecole, au profit de l'Institut Pasteur, une souscription qui a produit la somme de 526 francs, qui a été remise à l'éminent savant.

Un dentiste de province, membre de l'Association, informe le Conseil qu'un nommé H. Lée, de Reims, prend indûment le titre de diplômé de l'Ecole dentaire de Paris. Le Conseil charge son conseil judiciaire d'étudier les poursuites qui pourront être intentées pour faire cesser de pareilles usurpations de titres.

Demandes d'admissions d'élèves pour l'année 1886-87.

A la suite du rapport du président de la Commission des examens, il est infligé à un élève quinze jours d'exclusion de la Clinique, et à un second huit jours de la même peine.

M. Touchard, de Dieppe, est admis comme membre sociétaire.

Demande d'admission de MM. Pannetier, de Commentry, et Garibaldi, de Paris.

Le Conseil décide qu'il y aura, pour l'examen d'entrée, une réunion en juillet et en octobre. Le candidat devra, avant l'examen, consigner les droits d'une première inscription, qui, en cas d'échec, seront acquis à l'Ecole.

Les élèves admis, qui désireront suivre la clinique pendant les trois mois de vacances, devront payer trois inscriptions mensuelles, qui seront imputables sur les trois derniers mois de l'année scolaire.

Sur la proposition de M. Gillard, le Conseil décide que les essais de nouveaux médicaments ou de nouveaux procédés devront toujours être faits sous la direction et la responsabilité d'un professeur.

Le banquet de l'Association est ajourné à l'époque de l'inauguration des cours de l'Ecole.

Seance du 27 juillet 1886.

Présidence de M. Wisner.

Le secrétaire général annonce au Conseil de direction que le directeur de l'Ecole, M. T. David, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Conseil de direction, heureux que le gouvernement de la République, appréciant les services rendus par l'Ecole, et les efforts dévoués et persistants de la Société, la récompense ainsi dans la personne de son Directeur, adresse au Ministre ses remerciements et au docteur David ses félicitations.

Le Conseil décide que le secrétaire général devra réclamer rectification de l'erreur commise dans le *Journal officiel,* dans la publication du décret.

Une demande tendant à supprimer du règlement du concours des chefs de clinique, l'article exigeant des candidats la jouissance de leurs droits civils et politiques, soit en France, soit dans leur pays d'origine, n'est pas adoptée.

Demandes d'admission d'élèves.— MM. Garibaldi, de Paris, et Pannetier, de Commentry, sont admis comme membres de la Société.

M. Chauvin donne lecture du rapport de la Commission des examens. Les conclusions sont adoptées.

En conséquence, sont admis,

Comme élèves de deuxième année :

MM, Guérin, Chemin, Suchet, Nogues, Bertrand, Mme Godet, MM. Houdié, Bocquillon.

Comme élèves de troisième année:

MM. Willer, Denis, Billaudel, Falloy, Gédon, Cossas, Choquet, Mlle Weissenblut, M. Duluc.

EXAMEN GÉNÉRAL

Ont subi avec succès l'examen général et ont obtenu le diplôme de l'Ecole :

MM. Mousis, Roy, Bignault, Delaunay, Gravière, Klein, Fournier, Bilbaut.

M. D. Sicard, dispensé en raison de son grade en médecine, de plusieurs épreuves, ayant subi avec succès l'examen général, est également admis comme diplômé de l'Ecole.

La deuxième médaille (argent) est décernée à M. Mousis, et la troisième médaille (bronze) à M. Roy.

Le minimum nécessaire pour l'obtention de la première médaille (vermeil) n'ayant pas été atteint, le Conseil décide qu'il n'en sera pas décerné cette année.

Le Conseil adresse des remerciements à M. G. Blocman, pour la façon dont il a fait, cette année encore, ia suppléance du cours de M. David, et le nomme *professeur suppléant de pathologie dentaire.*

Le rapport de la Commission chargée d'étudier les divers projets de réglementation est adoptés.

M. Godon informe le Conseil que l'Académie de medecine de Belgique, à la suite des efforts de la Société odontologique de ce pays, vient d'adopter le rapport d'un de ses membres, réclamant la création d'Ecoles dentaires en Belgique. Il est heureux de constater que les idées défendues par notre Société depuis sept ans, et particulièrement la création de l'*enseignement spécial de l'art dentaire*, sont de plus en plus admises et appliquées en Europe.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

ERRATUM.

Nous avons dans notre dernier numéro reproduit, d'après le *Journal officiel* du 22 juillet 1886, le décret relatif à la nomination du directeur de l'Ecole au grade de chevalier de la Légion d'honneur, en faisant remarquer l'erreur qui s'était produite dans la publication du décret.

A la suite de demande en rectification, le *Journal officiel* du 7 août 1886 (page 3,659) publie l'*erratum* suivant :

> Dans le décret portant promotions de nominations dans la Légion d'honneur (Ministère du Commerce), inséré au *Journal officiel* du 22 juillet,
>
> Au lieu de :
>
> « *David* (Théophile)... directeur de l'Ecole et de l'Hôpital SANITAIRES de Paris... »
>
> Il faut lire :
>
> « ... Directeur de l'Ecole et de l'Hôpital DENTAIRES de Paris... »

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS.

BREVETS DÉLIVRÉS EN FRANCE.

166,190. — EDISON. — *Certificat d'addition*, au brevet pris, le 30 décembre 1884, pour une méthode pour la fabrication de l'ivoire artificiel.

171,106. — 9 septembre. DREYFUS. — Fabrication d'un produit galvano-plastique dit *galvano-cellulo*, par l'application de la galvanoplastie sur le celluloïde, caoutchouc durci, papier mâché, etc., etc.

171,251. — 19 septembre. — LAGARDE à Paris. — Nouveau système de pile électrique rotative. — *Certificat d'additon* du 18 novembre 1885.

171,525. — 7 octobre. — COMMELIN, BAILHACHE. — Perfectionnements aux accumulateurs d'électricité.

171,554. — 8 octobtre. — SELLON. = Procédé pour souder l'aluminium.

171,596. — 10 octobre 1885. — De Bénardos et Olzewski. — Procédé appelé *Electrohéphaeste* pour le travail des métaux et métalloïdes, par l'application directe du courant électrique.

171 606. - 10 octobre. — Musy et Gachet. — Lyon (Rhône). — Production de la force motrice par l'emploi de l'électricité combiné avec l'air comprimé.

171,726. — 17 octobre. — Demoiselle Hérard. — Procédés servant à parfumer le caoutchouc, la gutta-percha, etc.

171,863. — 26 octobre. — Saumur. — Dents et dentiers, double émail inusable, triple force.

171,919. — 27 octobre. — Collin. — Système d'appareil injecteur à piston mesureur, pour l'injection ou l'inoculation des liquides.

172,004. — 2 novembre. — L'hollier et Rochford. — Système perfectionné de siège mécanique basculant à transformation.

172,041. — 3 Novembre. — Clément. — Système de pile transportable à mélange et isolement automatiques.

172,102. — 6 novembre 1885. — Somzée. — Procédé permettant de réaliser l'application économique de l'électricité par le principe du travail à grande vitesse sous des efforts relativement faibles.

172,241. — 12 novembre. — Farbaky et docteur Schenek. — Perfectionnements apportés à la fabrication des piles secondaires (ou accumulateurs) moyennant une masse de remplissage active et particulière, ainsi qu'au procédé de fixer celle-ci dans les plaques de plomb. *(A suivre).*

AVIS

Il est rendu compte de tout ouvrage intéressant l'Art Dentaire dont on fait remettre deux exemplaires au bureau du journal.

Les demandes de renseignements doivent être accompagnées d'un timbre pour la réponse.

On nous communique le Prospectus suivant :

« Monsieur F. Massart,

« Médecin en chirurgie dentaire, diplômé par la commission médicale de Namur, le 9 décembre 1873, médecin mécanicien, breveté par les Ecoles dentaires de Paris, Londres et Philadelphie. »

En ce qui concerne l'Ecole dentaire de Paris, nous sommes autorisés à dire : que nous ne décernons pas de brevets, que M. Massart nous est inconnu et qu'il n'a jamais figuré à aucun titre sur les registres de l'Ecole. Nous remercions le confrère qui nous a avisé de ce mensonge, et nous accueillerons toute demande de renseignements sur les individus qui se servent de notre institution dans un but charlatanesque et en usurpant des titres.

On nous fait parvenir la note suivante sur le même sujet :

Semblable au poème de Jocelyn, l'annonce que vous avez publiée dans votre dernier numéro vient d'avoir aussi son épilogue.

Il s'agissait, on se le rappelle, de procurer un diplôme de Docteur en chirurgie aux artistes instruits en dents fausses.

Comme j'ai pour confrère (horresco referens) un Docteur en chirurgie dentaire, diplômé du Royal collège de Wisconsin (Etats-Unis), j'écrivis à l'adresse que vous donniez et reçus cette réponse :

« Londres.

« Monsieur,

« Je vous peux faire obtenir le diplôme de Docteur en chirurgie » dentaire de l'Université d'Amérique. Les frais s'élèvent à 450 francs.

» En attente de vous lire, j'ai l'honneur d'être, Monsieur, votre » dévoué

» H. E. PAUZER. »

On nous demande si un dentiste d'une des grandes villes du nord de la France a le droit de s'appeler docteur A..., et si son diplôme a une source exotique. Nons ne pouvons y aller voir ; c'est aux intéressés eux-mêmes à empêcher la concurrence déloyale, et les usurpations de titre.

Le Directeur Gérant : P. DUBOIS.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat.

VOL. 6. Paris, Septembre 1886. N° 9

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR SEPTEMBRE 1886

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par M. P. DUBOIS.

OPÉRATIONS AVEC ANESTHÉSIE LOCALE, PAR LE Dr TELSCHOW.

Notre éminent confrère de Berlin, M. le docteur Telschow, de passage à Paris, a fait, le vendredi 24 et le dimanche 26 septembre 1886, des avulsions de dents et racines, après injection subgingivale de chlorydrate de cocaïne, selon le procédé de Witzel, que notre collaborateur, M. Thioly, expose dans ce numéro.

Comme on le verra plus loin, l'injection hypodermique est beaucoup plus active que l'action des tampons imbibés ; elle n'est pas non plus sans dangers.

Un certain nombre d'entre nous ont expérimenté la cocaïne sous cette dernière forme, et nous nous proposions, pour notre compte, de faire connaître les résultats que nous en avions obtenus.

La connaissance des travaux de M. Witzel, l'expérience publique de M. Telschow, donneront un nouvel élan aux recherches sur l'utilisation de cet agent en chirurgie dentaire. On arrivera ainsi à mieux préciser les indications, les contre-indications, le manuel opératoire des injections de cocaïne. L'anesthésie locale n'avait

pas jusqu'ici donné des succès aussi décisifs, et l'on peut espérer qu'avec de la prudence et l'emploi de produits purs on pourra, dans le plus grand nombre des cas, opérer dans la bouche sans que l'élément douleur vienne compliquer l'opération, la retarder, par suite des craintes du malade.

II

En applications locales sur des tampons imbibés et laissés en place cinq minutes et plus, la cocaïne ne donna que des résultats infidèles, incomplets; si, sur les gencives tuméfiées, l'agent s'absorbait grâce à la vascularité du tissu et produisait une anesthésie suffisante pour enlever les dents et racines chancelantes sans que le malade ressentît autre chose qu'une sensation fort atténuée, il n'en était plus de même, si l'extension de l'inflammation ne s'était pas encore produite, si la gencive était saine ou presque saine; l'insensibilité n'était alors que superficielle et la douleur de l'extraction n'était pas, ou que fort peu diminuée.

Ce sont ces premiers essais qui faisaient dire à Dujardin-Beaumetz, dans les *Nouvelles Médications*, page 184 :

Mais l'action anesthésique locale et superficielle de la cocaïne ne peut être d'aucun service, soit pour calmer les douleurs dentaires, soit pour rendre indolore l'extirpation des dents. Un de nos confrères de Bergerac, le docteur Dunoyer, s'est beaucoup élevé contre cette opinion ; je crois la devoir maintenir d'une façon complète et absolue, et les renseignements qui m'ont été fournis par Galippe et par Magitot me permettent d'affirmer devant vous que l'on ne peut tirer aucun bénéfice de la cocaïne dans les affections dentaires.

Déjà en 1884, M. Grasset avait reconnu l'inefficacité de la cocaïne en applications externes, et la nécessité de la porter dans le tissu sous-cutané pour obtenir une anesthésie suffisante; les oculistes se contentent d'instillations dans l'œil et ils en obtiennent souvent de bons effets; mais, sur des tissus moins perméables que ceux du globe oculaire, on n'a pas les mêmes succès.

Nous reproduisons le résumé, que nous avons déjà publié, des recherches de M. Grasset :

M. Vulpian communique le résultat des expériences de M. Grasset, de Montpellier, avec le chlorydrate de cocaïne, sur lui-même et sur quelques personnes de son entourage. Employé en frictions, le chlorydrate de cocaïne ne détermine aucune anesthésie ; mais, en injections sous-cutanées, il rend la peau absolument insensible dans la région qui est en rapport direct avec l'injection. Ainsi, un centimètre cube de cocaïne au 100e anesthésie une portion de peau de trois centimètres de diamètre environ. L'insensibilité reste limitée à cette région et dure vingt minutes. (Communication de M. Vulpian à l'Académie des sciences. In Odontologie, janvier 1885, page 25.)

MM. Combes et Aubeau (1) eurent de bons résultats de l'emploi

(1) *Odontologie,* janvier 1886. P. I.

de la cocaïne sur la gencive en y joignant l'action de l'éther pulvérisé, mais certaines difficultés de l'application, les inconvénients de l'éther lui-même, diminuent les avantages de ce procédé. Malgré cela, dans les expériences qui ont été faites par le docteur Aubeau à la clinique de l'Ecole, l'insensibilité locale a toujours été obtenue. Grâce à certains perfectionnements dans les appareils employés, on pourrait peut-être tirer de ce moyen un excellent parti.

Quoi qu'il en soit des essais précédents, la méthode des injections sous-cutanées paraît être la forme actuellement adoptée pour l'administration de la cocaïne en chirurgie dentaire. Nous avons fait connaître (Odontologie, juillet 1886, p. 310) les essais heureux de M. Boyd Vallis, l'expérience dont il a été lui-même le sujet; le travail de M. Witzel, les experiences de M. Telschow compléteront les études que ce journal a déjà publiées sur cette question.

Manuel opératoire. — M. le docteur Telschow renferme à l'avance dans des tubes de capacité égale à celle de la seringue Pravaz, (un peu plus d'un centimètre cube,) un décigramme de chlorydrate de cocaïne cristallisé, puis au moment de l'opération, il remplit avec de l'eau distillée le tube dont le contenu est versé dans la seringue qui a été dévissée dans ce but; le corps de la seringue et la canule doivent être stérilisés par un lavage à l'eau faiblement phéniquée. Puis il est injecté sous la gencive la moitié de la seringue du côté externe, et l'autre moitié du côté interne; la pointe de la canule doit pénétrer dans la profondeur du tissu mou; tout en respectant le bord alvéolaire, la piqûre doit être faite vis-à-vis le sommet des racines. On attend 6 minutes avant d'exécuter l'opération. Si l'insensibilité de la gencive n'est pas complète, M. Telschow injecte une autre moitié de seringue. L'opération exécutée, si quelques troubles consécutifs se manifestent. M. Telschow fait respirer à deux ou trois reprises du nitrite d'amyle.

Voici quels ont été les résultats de ces opérations:

Trois malades ont été opérés devant nous le vendredi 24 septembre. Le 26 on en a opéré cinq. Les observations relatant les opérations du 26 ont été recueillies par Mlle Weissembluck, élève de l'École.

Opérations faites le 24 septembre 1886 :

OBSERVATION I

Mlle C... V..., 21 ans, employée au télégraphe, née à Paris, bonne santé générale, a eu antérieurement la variole ainsi qu'une gingivite, hypertrophique soignée à l'Ecole et n'ayant pas récidivé; dents courtes de couronne, leur émail est dur lisse, elles sont assez écartées les unes des autres. Le maxillaire supérieur est au complet. Au maxillaire inférieur, la première grosse molaire gauche manque; au côté droit cette même dent est en fort mauvais état, la couronne est excavée, ne tenant plus à la racine postérieure que par l'émail,

racine antérieure est séparée de sa voisine. Deux injections de cocaïne sont pratiquées. Six minutes après, l'opération est commencée ; elle nécessite plusieurs reprises. Au sortir du fauteuil, la patiente a quelques mouvements tétaniques vite dissipés ; aucun troubles ultérieurs. Elle déclare n'avoir rien ressenti.

OBSERVATION II

Mlle A... V..., sœur de la précédente ; 30 ans, employée au télégraphe ; bonne santé générale prognathisme de la mâchoire inférieure, absence congénitale des petites incisives supérieures, dents avec émail dur, la première prémolaire droite de la machoire supérieure n'existe plus, ainsi que la dent de sagesse gauche du maxillaire inférieur.

La patiente est venue à la Clinique pour se faire enlever les racines de la première grosse molaire gauche du maxillaire inférieur ; deux injections d cocaïne, les racines sont enlevées sans trop de difficultés. Aucuns troubles, ni tremblement, ni sueurs froides, l'extraction a été absolument indolore.

OBSERVATION III

M. M..., 48 ans, mène des charrettes à bras à la halle, sans travail depuis un certain temps, se nourrit mal, nie être un alcoolique parole embarrassée, explications confuses ; on tire difficilement quelques renseignements précis de ce malade, il souffre depuis quelques jours de périostite causée par une carie perforante à la deuxième grosse molaire inférieure gauche et n'a pas dormi depuis plnsieurs nuits, a peu mangé les jours précédents.

Le patient, assez indocile, ouvre mal la bouche ; en faisant l'injection à la face linguale de la gencive, la canule se détache et le malade avale un peu de cocaïne ; on recharge la seringue, et on en injecte de nouveau la moitié. L'extraction a été douloureuse ; exécutée dans des conditions difficiles, elle a été assez longue. Aussitôt après, le malade a un commencement de syncope ; puis des tremblements violents, des sueurs froides s'observent au front.

M. le docteur Telschow fait passer rapidement le flacon de nitrite d'amyle sous les narines ; on place le malade dans la position horizontale ; un quart d'heure après, l'état ne s'améliore pas. Oppression, paralysie de la langue, le malaise a duré plusieurs heures. Rentré chez lui, le malade a bien dormi.

Opérations faites le 26 septembre :

OBSERVATION IV

Mlle B. N..., vingt-huit ans, couturière, névrosique, éprouve après l'opération des picotements dans les doigts, a un peu de tremblement.

OBSERVATION V

M. L..., douze ans, écolier, opération sans douleur, aucun malaise consécutif.

OBSERVATION VI

Mme V..., quarante ans, concierge, éprouve après l'opération une

faiblesse dans tous les membres, ressent de l'oppression, dit avoir la mâchoire paralysée; durée du malaise vingt minutes.

OBSERVATION VII

M. F..., quarante-un ans. Insensibilité locale assurée dès la première piqûre. Eprouve après l'extraction un engourdissement dans toute la mâchoire. L'engourdissement disparaît rapidement.

OBSERVATION VIII

Mlle M..., vingt-neuf ans, a été soignée pour une péritonite à l'hôpital, en est sortie il y a quatre mois. Deux minutes après l'extraction syncope, tremblement dans toute la face, yeux hagards, étouffements, ne peut rien boire ; un quart d'heure après retour partiel à la conscience et à la sensibilité ; aux questions posées, elle fait des réponses difficiles, la langue est un peu paralysée, les jambes sont faibles, la démarche incertaine. Après une demi-heure, les forces reviennent.

III

Ainsi, huit opérations ont été exécutées à la clinique de l'école dentaire de Paris, par le Dr Telschow, après injection de chlorydrate de cocaïne. Dans toutes ou presque toutes, la douleur a été nulle ou très atténuée, dans un cas, le malade dit avoir beaucoup souffert, mais il a été impossible d'établir d'après ses explications, s'il parlait de la douleur de l'opération proprement dite, ou du trouble général qui s'en est suivi. Pour les observations I et II, les malades très intelligentes ont rendu fort bien compte de leurs sensations, et comme elles s'étaient déjà fait arracher des dents elles avaient des éléments de comparaison, elles ont déclaré n'avoir rien éprouvé de douloureux, le malaise consécutif a été nul ou presque nul.

Un autre avantage de l'emploi de la cocaïne en chirurgie dentaire, est la durée de l'anesthésie, qui, d'après les expérimentateurs,est d'environ vingt minutes, c'est une supériorité incontestable sur l'anesthésie au protoxyde d'azote, qui par sa fugacité, rend difficile, et parfois impossible, certaines de nos opérations.

Avec l'injection de la cocaïne, on peut avoir une anesthésie de durée suffisante, pour enlever une ou plusieurs dents ou racines voisines, exécuter l'opération, même en plusieurs temps, si cela est nécessaire. Enfin, l'état conscient du malade facilite l'opération, il ouvre la bouche sans qu'on se serve del'écarteur, donne à sa tête la position voulue.

Aux doses indiquées ci-dessus, l'emploi de la cocaïne est-il toujours sans dangers?

Malheureusement non; nous avions déjà fait connaître quelques accidents, et on voit que sur les huit cas cités ci-dessus, deux ont donné lieu à des troubles relativement graves. M. M..., particulièrement (observ. III), fut indisposé pendant une partie de la journée. Cela est-il imputable à la portion de cocaïne qui a pénétré dans les voies digestives ou à celle qui a été absorbée par les injections. Nous ne pourrions le dire, mais la cocaïne déglutie est

particulièrement nocive. Les doses données par le Dr Telschow sont elles trop élevées ! C'est notre opinion. Dans notre pratique personnelle, il nous a été donné de faire des injections sous-muqueuses de chlorydrate de cocaïne, et, sur sept cas, nous n'avons eu de malaise que dans un seul ; là aussi il y avait épuisement par suite de douleurs datant de plusieurs jours.

Ces douleurs provenaient de l'éruption difficile d'une dent de sagesse, et, en présence d'une constriction commençante, nous dûmes enlever la molaire de douze ans ; la constriction nous empêcha de faire une injection du côté lingual. Aucune partie du liquide ne s'écoula au dehors. Le malaise dura une demi-heure ; il n'y eut pas de sueurs froides et les phénomènes n'eurent pas l'intensité de ceux qui avaient été observés à la clinique de l'Ecole. Nous n'injectons toujours que 5 à 7 centigrammes, car la dose de 10 centigrammes nous paraît toxique.

M. Telschow, comme M. Witzel, combat les accidents causés par la cocaïne, en faisant respirer du nitrite d'amyle. La cocaïne produit de l'anémie cérébrale, une constriction des vaisseaux à la périphérie et ils utilisent l'action congestive du nitrite d'amyle comme antidote. A nos yeux, le remède est pire que le mal. Le nitrite d'amyle est un médicament des plus dangereux, et il vaut mieux activer la circulation, la calorification, sans avoir recours à ce poison. Nous ne saurions trop déconseiller son emploi. Ce qu'en dit Rabuteau montre quels dangers il fait courir.

Le nitrite ou azotite d'amyle a été proposé, dans ces dernières années, comme agent anesthésique et anti-spasmodique. On a voulu surtout l'employer dans les affections nerveuses. Les résultats ont été nuls lorsqu'ils n'ont pas été désastreux.

En effet, ce composé, de même que les divers nitrites ou azotites, est un poison dangereux: Après leur pénétration dans le torrent circulatoire, les vapeurs de cet éther modifient l'hémoglobine, la détruisent et la transforment en hématine acide. J'avais déjà observé ce fait remarquable dans mes recherches sur les nitrites de soude et de potasse, recherches confirmatives de Gamgée sur les nitrites en général.

L'expérience qui a failli me coûter la vie et que j'ai rapportée ailleurs, m'a convaincu des effets toxiques du nitrite d'amyle. Ces effets ne sont pas immédiats ; ils ne se manifestent, avec toute leur intensité, que quelques heures après l'absorption des vapeurs du nitrite, de sorte que ce composé peut être rangé, comme le phosphore, parmi les poisons les plus traîtres que l'on connaisse. Les symptômes les plus inquiétants consistent en une pâleur générale précédée et accompagnée d'anorexie et de céphalalgie, en un ralentissement considérable du pouls et une réfrigération extrême. La vie semble vouloir s'éteindre.

Rabuteau, *Traité élémentaire de Thérapeutique* p. 642.

La cocaine qu'employa M. Telschow était cristallisée et provenait de M. Merck, de Darmstadt : celle que nous livrent les droguistes parisiens est amorphe, et les effets de cette dernière semblent moins énergiques.

M. Merck produit, croyons-nous, sa cocaïne par synthèse et il

obtiendrait ainsi l'alcaloïde sous une autre forme qu'en l'extrayant de la plante. Des essais comparatifs seront faits prochainement à la clinique.

IV

CONCLUSIONS

En résumé, la cocaïne en injections hypodermiques est un anesthésique local presque toujours efficace sur les sujets sains, bien portants, son administration est sans dangers sérieux, à une dose inférieure à 10 centigrammes. Sur les anémiques, les hystériques, les fatigués par la veille et la douleur, elle cause des troubles assez graves et l'on doit opérer sans son concours. La seringue doit toujours être stérilisée, d'une propreté certaine, afin d'éviter les inoculations d'un malade à l'autre. On doit employer des produits purs, et les préparer instantanément, les solutions faites un ou plusieurs jours avant doivent être rejetées.

La proportion de 8 centigrammes dans un centimètre cube d'eau est le meilleur dosage. Il nous paraît dangereux de recharger la seringue. Si on a un grand nombre de dents ou racines à enlever, on ne fera jamais deux anesthésies le même jour.

Les accidents seront combattus par les moyens ordinaires employés contre la syncope, large aération de la pièce où se trouve l'opéré ; on lui fera prendre la position horizontale, on fera desserrer les vêtements, enfin inhalation d'acide acétique, d'ammoniaque, d'éther, ces dernières avec réserve. Si on tient compte des contre-indications formulées ci-dessus, si on ne dépasse pas la dose, les accidents résultant de l'emploi de la cocaïne sont d'apparence plus alarmante que réellement graves. Malgré cela, on fera bien de ne l'employer que sur la demande formelle du malade, en le prévenant, lui et les personnes qui l'accompagnent, des inconvénients. Leur ignorance en la matière pourrait, dans la pratique civile, donner lieu à des scènes regrettables pour la réputation du praticien. Trop souvent on est enclin à reprocher au remède, au médecin, ce qui est imputable à la maladie, à la nature des choses. L'extraction des dents n'est pas une opération assez grave pour qu'il soit toujours nécessaire de supprimer la sensibilité chez le patient. L'anesthésie locale sans inconvénients, sans dangers, d'application universelle, n'est pas encore trouvée. La cocaïne est supérieure à ses analogues, elle n'est pas encore la solution définitive et complète du problème.

OBSERVATIONS PRÉSENTÉES

A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Seance de Juin 1886

Par M. Ch. Godon

I. — RÉIMPLANTATION, A LA SUITE DE PERIOSTITE CHRONIQUE

Madame B..., une de mes patientes, vint me consulter le 14 février 1884. Elle semblait jouir d'une excellente santé ; âgée de quarante ans environ, n'ayant jamais fait de maladie grave. Elle a une fille, âgée aujourd'hui de quinze ans. La bouche n'a jamais été bien soignée; cependant plusieurs dents, cariées à différents degrés, ont été traitées et aurifiées par moi à l'or adhésif au mois de septembre précédent. Les gencives sont en bon état.

Cette dame porte à la mâchoire supérieure un appareil de prothèse, composé de deux dents montées sur une plaque d'or, recouverte de caoutchouc vulcanisé, pour remplacer les deux premières bicuspides, droite et gauche, absentes. Elle revient me voir aujourd'hui 14 février, se plaignant de douleurs sourdes à la hauteur de la racine de la deuxième bicuspide supérieure droite. Au mois de septembre, cette dent cariée au troisième degré, avait été soignée. J'avais détruit et enlevé la pulpe, ainsi que les rameaux vasculo-nerveux, et obturé ensuite ; mais, malgré le traitement, il était toujours resté une légère périostite.

La dent étant un peu chancelante, légèrement allongée, sensible à la percussion, je diagnostiquai une périostite chronique avec poussée aiguë.

J'enlevai l'obturation, fis des lavages phéniqués dans les canaux et des badigeonnages sur la gencive, avec un mélange, par parties égales, de teinture d'iode et de teinture d'aconit. Je répétai plusieurs fois, les jours suivants, ce traitement, mais sans succès.

Le 27 février 1884, la malade revint me voir, se plaignant toujours des mêmes douleurs. La dent était, du reste, dans le même état.. Je proposai l'extraction et la réimplantation qui furent acceptées.

La dent fut extraite à onze heures et demie. Je fis des lavages de l'alveole, avec une solution d'eau tiède et d'alcool, et y plaçai un tampon d'ouate pour la maintenir ouverte. La dent baignait pendant ce temps dans la même solution. J'en lavai les canaux, sans y trouver aucun débris de pulpe, de nerf ou d'instrument. Je reséquai environ trois millimètres de la pointe de la racine ; le périoste, en cet endroit, était d'un rouge très vif et paraissait légèrement épaissi; il y avait un commencement de formation de sac.

La dent fut réimplantée sans obturer ni les canaux ni la cavité

de la carie, huit minutes environ après l'extraction ; puis elle fut ligaturée à la grosse molaire voisine par un fil de soie.

Je fis des badigeonnages sur la gencive avec le mélange de teinture d'iode et de teinture d'aconit, et ordonnai de les continuer toutes les deux heures. La malade éprouva une douleur assez vive pendant quelques minutes, puis sourde ensuite.

28 février. — Douleurs vives depuis hier, continuation des badigeonnages.

1er mars. — Diminution de la sensibilité, douleurs sourdes ; la dent est très sensible à la pression de la langue et à la hauteur correspondant à l'extrémité radiculaire.

4 mars. — Plus de douleurs ; la dent est sensible à la pression des dents inférieures, la pression de la langue ne provoque plus aucune sensibilité ; moins de rougeur de la gencive. La dent est sensible, en pressant sur la gencive à la hauteur du milieu de la racine. Continuation des badigeonnages, mais moins souvent répétés.

15 mars. — Plus de douleur ni de sensibilté à la pression ; la dent est presque solide. Je coupe les ligatures. La gencive étant un peu rouge et hypertrophiée du côté de la face latérale antérieure de la dent, voisine de la cavité de la carie, je soigne et sèche les canaux qui dégagent une mauvaise odeur et y laisse des mèches trempées dans la solution suivante : iodoforme, acide phénique et camphre, parties égales, recouvertes d'un tampon d'ouate. La dent ainsi bouchée, j'engage la malade à manger dessus sans crainte.

Je répète le traitement des canaux plusieurs fois de suite, à quelques jours d'intervalle.

30 mars. — La dent est tout à fait solide et insensible ; la gencive est normale ; j'obture les canaux et la dent à la gutta-percha.

15 avril. — La dent est de plus en plus solide ; le malade s'en sert pour la mastication comme des autres, sans éprouver aucune gêne.

Je revis la malade le 23 septembre 1885, soit dix-neuf mois après l'opération. La dent est toujours très bien, très solide et insensible à la percussion.

La malade est revenue me voir le 8 mai 1886, pour d'autres dents ; il y avait alors près de deux ans et demi que l'opération était faite, et la dent était aussi insensible et aussi solide que les autres, quoique soutenant toujours l'appareil de prothèse.

J'ai tenu à citer ce cas de réimplantation, qui a parfaitement réussi, ainsi qu'on a pu le voir, parce qu'il contient plusieurs points intéressants :

1° La dent réimplantée n'avait pas sur sa face latérale antérieure de dent voisine pour la soutenir;

2° La réimplantation était bien indiquée, puisqu'il y avait périostite chronique et insuccès du traitement antiseptique ;

3° Les canaux et la cavité cariée de la dent n'ont été obturés qu'un mois après la réimplantation ; les douleurs ont été, malgré cela, très vives et ont duré plusieurs jours (1) ;

4° La dent sert à soutenir un appareil prothétique, et cependant, après plus de deux ans, elle est toujours dans un parfait état de solidité et d'insensibilité.

II. — DE L'EMPLOI DE LA COCAINE POUR COMBATTRE LES DOULEURS PERSISTANT APRÈS L'EXTRACTION DES DENTS ATTEINTES DE PÉRIOSTITES AIGUES.

Un de nos confrères, M. X... vint me voir, le mois dernier vers dix heures du soir. Il souffrait beaucoup d'une périostite aiguë, provoquée par une première molaire inférieure droite, cariée au quatrième degré.

La dent était très allongée, sensible à la percussion légèrement mobile; la gencive était très rouge, tous les symptômes, en un mot, de la périostite aiguë.

Comme M. X... m'exprima son intention bien arrêtée de faire enlever cette dent, cause de ses souffrances, je procédai de suite à l'extraction, qui réussit parfaitement.

Cependant, quoique l'opération fût terminée, que la dent fût complètement extraite, notre confrère continuait à souffrir plus que jamais. Il éprouvait une de ces douleurs violentes qui suivent généralement l'extraction des dents atteintes de périostite aiguë et qui durent souvent plusieurs heures, quelquefois même plusieurs jours.

Ces douleurs sont même assez regrettables non seulement pour le patient, mais aussi pour l'opérateur car, la souffrance rendant injuste, le malade accuse souvent son dentiste de n'avoir pas réussi l'opération. Aussi est-il bon, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un cas de ce genre, de prévenir son malade des douleurs qui l'attendent et de leur durée probable. Dans le cas présent, je n'avais rien à craindre de ce côté, vu la compétence certaine de mon malade; cependant, je voulus lui abréger ses souffrances.

Je pensais alors à la cocaïne ; j'avais une solution de chlorhydrate de cocaïne à 50 0/0, j'en versai quatre à cinq gouttes dans un quart de verre d'eau, puis je priai mon malade de garder cette solution dans la bouche et d'en baigner l'alvéole ouvert pendant quelques minutes. L'effet fut presque immédiat;

---

(1) Nous n'avons pas voulu fermer les canaux avant l'obturation, malgre la méthode suivie à l'école par le docteur Levett, afin de nous rendre compte si, en facilitant ainsi l'écoulement des secrétions liquides résultant de l'inflammation de l'alveole, nous ne diminuerions pas les douleurs de l'opération, comme le prétendait M. le professeur Poinsot. Cette observation semblerait prouver le contraire. Depuis, du reste, nous obturons toujours les canaux avant de replacer la dent dans l'alvéole.

au bout de trois minutes, les douleurs étaient à peu près disparues ; au bout de cinq minutes, le patient n'éprouvait plus rien du tout. Quelques jours après, M. X... m'écrivait que les douleurs n'avaient plus reparu. J'ai depuis employé avec succès le même procédé dans les cas semblables et j'en ai obtenu toujours les meilleurs résultats.

A la lecture des résultats qu'en obtenaient les oculistes, la cocaïne nous avait fait concevoir des espérances exagérées. L'anesthésie locale était trouvée, nous semblait-il. Depuis, dans la pratique, nous avons vu combien les propriétés de cet alcaloïde étaient beaucoup plus restreintes. L'expérience nous a montré jusqu'à présent que la cocaïne n'agissait que superficiellement et que dans tous les cas où l'on opérait profondément, elle était sans effet; il ne faut pourtant pas rejeter son emploi. L'observation suivante prouve que dans nombre de cas elle peut nous rendre encore de signalés services en supprimant les souffrances de nos malades.

III. — Chute prématurée des dents temporaires

M. le docteur X..., m'amena, il y a quelques mois, sa famille qui avait besoin de mes soins. Il me présenta notamment sa dernière enfant, une petite fille de trois ans environ, dont les dents temporaires tombaient sans cause apparente, fait sur lequel il voulait avoir mon avis.

Six dents étaient déjà tombées, dont les deux incisives centrales de la mâchoire supérieure, et les quatre incisives de la mâchoire inférieure. Le docteur X..., m'apporta deux dents, une incisive supérieure et une incisive inférieure, que nous examinâmes ensemble. Les couronnes de ces deux dents étaient normales, sans aucune altération ; les racines, au contraire, étaient presque résorbées, comme cela se produit lorsque les dents permanentes sont prêtes à sortir; cependant, j'examinai l'alvéole ; il y avait pas trace de couronne de dent permanente.

C'était donc un cas de résorption pathologique de racine, semblable à celui qu'on remarque sur les dents permanentes et dont j'ai présenté quelques observations l'année dernière.

J'examinai l'enfant, elle était petite, semblant avoir plutôt deux ans que trois, rachitique, la jambe gauche un peu déviée, présentant tous les symptômes d'un développement tardif, que le père explique par ce fait : que l'enfant a eu une nourrice dont le lait était pauvre, insuffisant.

Les dents ont poussé très tard, les cheveux et les ongles sont en bon état, l'enfant malgré cela se porte bien ; elle a eu la rougeole.

Les dents ne sont pas cariées, les deux dents qui m'avaient été données présentaient une résorption des deux tiers de la racine, malheureusement, elles ont été égarées. J'en ai demandé d'autres au père, qui n'a pu me donner que les deux que je vous présente.

Ce sont deux incisives inférieures, une centrale et une latérale,qui sont tombées dernièrement. La résorption s'étend sur un tiers environ des racines taillées en forme de sifflet. J'ai prie que l'on me conserve les autres dents qui tomberont, et j'espère vous les montrer également.

Comment expliquer ce fait? Est-ce une résorption pathologique semblable à celle que l'on rencontre quelquefois sur les dents permanentes, et due à des troubles de nutrition ? ou, sommes-nous en présence d'une calcification incomplète des racines des dents temporaires par suite du développement tardif de l'enfant ?

Le cas m'a paru intéressant et mériter d'être signalé.

Ch. Godon.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA MÉTHODE ROTATIVE EN AMÉRIQUE

Par M. R. Heidé

Comme nous l'avions annoncé, le Dr Herbst s'est rendu aux Etats-Unis, afin d'y faire mieux connaître sa méthode, de la soumettre à l'appréciation de nos confrères américains, en exécutant devant eux des aurifications par la méthode rotative.

Ce voyage fait honneur à celui qui l'a entrepris, aux dentistes qui l'ont provoqué. C'est là une chose toute nouvelle dans l'histoire de notre profession, que cet échange fraternel, malgré les océans à franchir, malgré les différences de langue et d'éducation Cet internationalisme des idées, est vraiment à la gloire de notre temps, il substitue à l'égoïsme étroit et farouche, un idéal de progrès, dont ne bénéficieront pas seulement la technique et la science, mais encore les hommes qui se sont rapprochés.

Dans une ville secondaire de l'Allemagne un dentiste inventif, trouve un procédé nouveau d'adhésion de l'or. Son invention préoccupe les dentistes de tous les pays, et afin de lui donner la sanction de l'expérience publique, dans le pays ou fût créée l'aurification, où elle rencontre encore les plus nombreux et les plus brillants adeptes, il quitte son pays, sa famille, fait un voyage de plusieurs milliers de lieues ; tout cela, pour un progrès dont l'humanité sera la véritable bénéficiaire.

Quel émouvant spectacle.

M. Herbst en remerciant ses hôtes, de leur cordial et magnifique accueil, leur rappela non seulement les services que l'Art Dentaire a tiré de leurs travaux et de ceux de leurs aînés, mais

le grand exemple du Dr Barnum qui inventa et fit connaître la digue et mourut pauvre.

M. Taft en répondant à M. Herbst reconnut que la découverte de la méthode rotative, offrait plus d'un enseignement aux dentistes américains. « *Nous ne nous sommes pas mêlés à nos confrères européens aussi fréquemment que nous le devions, et j'accepte cet événement comme une indication à cet égard. L'Art Dentaire allemand, anglais, français, ce sera la profession du monde quand nous y aurons apporté notre part de collaboration.* »

Souhaitons que les emprunts que l'Amérique nous fera dans l'avenir soient de plus en plus nombreux.

L'émulation n'est pas l'envie, et en reconnaissant la part considérable de nos confrères, travaillons à augmenter la nôtre. Le champ est assez vaste pour tous les hommes de bonne volonté.

P. D.

De nombreuses communications, des démonstrations publiques, ont fait connaître la méthode rotative, elle n'avait jamais obtenu l'occasion d'une épreuve aussi décisive que celle que le voyage de M. Herbst aux Etats-Unis a provoquée.

Tout ceux qui s'intéressent au progrès de l'art Dentaire liront, espérons-nous ? avec quelque intérêt, les jugements que nos confrères américains ont portés sur cette méthode après l'avoir vu pratiquerdevant eux par le brillant opérateur que nous avons eu la bonne fortune de connaître.

Si cela peut faire tomber les dernières préventions et démontrer la valeur pratique de l'invention de M. Herbst nous ne serons heureux. Près d'une année d'expérience nous confirme de plus en plus dans la conviction que M. Herbst a doté notre art d'une véritable acquisition.

On verra que nous ne sommes pas les seuls à penser ainsi.

Une première démonstration fut faite dans le cabinet d'opérations du Dr Bœdecker. M. Herbst aurifia la deuxième prémolaire supérieure droite d'un étudiant dentiste ; cette dent était très mal cariée. La cavité s'étendait de la face postérieure jusqu'à la moitié de la face triturante. Avant de commencer l'aurification, M. Herbst, fit d'abord une matrice soudée en maillechiort (1). La matrice soudée, la digue fut mise, la matrice placée, la cavité fut préparée comme à l'habitude. Au bord cervical, il fut placé quelques cylindres d'étain auxquels succédèrent de gros cylindres d'or, qui furent d'abord condensés avec l'instrument à main, puis avec une boulette de coton montée sur un brunissoir actionné par le tour, et enfin avec le brunissoir seul. Chaque couche fut examinée soigneusement avec l'explorateur, afin qu'on fut assuré de la solidité du tout. L'aurification fut terminée avec une

(1) J'ai donné dans le n° d'avril 1886, p. 153 de l'*Odontologie* les détails nécessaires à la construction et à l'application de ces matrices.

feuille d'or de Wolrab n° 10, qui fut coupée en huit bandes, ces bandes furent légèrement roulées entre les doigts.

Le Dr Mc. Kellops examina l'aurification avec le plus grand soin et la trouva parfaite à tous égards.

Le 2 juillet, M. Herbst fit deux démonstrations, il aurifia à Mlle X... la face médiane de l'incisive latérale supérieure en neuf minutes, et l'incisive centrale en six minutes. Ensuite il aurifia la canine supérieure gauche, sur la face médiane au Dr Atkinson La cavité était très grande, elle occupait toute la face médiane et une partie du bord libre. Cette cavité avait été obturée, vingt ans avant, avec de l'oxychlorure de zinc par le Dr Butler, la pulpe avait été coiffée. Celle-ci fut trouvée vivante quoique fort rétrécie, un peu de dentine secondaire s'était formée dans la partie supérieure de la chambre pulpaire. Avant toute excavation M. Herbst fit une matrice soudée en maillechiort. Puis la digue posée ainsi que la matrice, il commença l'aurification. La partie cervicale reçut une couche mince d'étain, l'aurification fut faite avec des cylindres d'or de Wolrab ; elle fut terminée avec de l'or en feuilles du n° 10. Chaque couche fut minutieusement examinée par les Drs Mc. Kellops, de St-Louis ; Bonwill, de Philadelphie ; Tait, de Cincinnatti ; Andrews, de Boston ; Rewinkel, de Chillicothe ; Tennison et Bodecher de New-York qui trouvèrent le tout irréprochable. Puis, MM. Kellops et Dwinelle exprimèrent à M. Herbst leur reconnaissance, les sentiments que son initiative généreuse suscitait.

M. Dwinelle dit : vous savez, Messieurs, que j'ai toujours été un avocat des instruments a fines stries avec des angles pouvant atteindre les parties les plus reculées des cavités. J'ai toujours dit que les opérateurs opérant vite sont souvent de pauvres opérateurs et je ne puis accepter qu'avec réserve un système, qui à première vue, est en opposition avec ce qui avait été les règles de ma pratique.

Puis M. Kellops dit que, par la méthode Herbst, on peut non seulement faire une obturation qui résistera à toutes les épreuves qu'on peut demander à la plus parfaite aurification, mais encore que cela est exécuté avec la plus grande facilité, en réduisant le temps de moitié ou d'un tiers.

Le fait que le Dr Herbst se sert d'or mou pour le scellement des différentes parties des obturations est certainement plus en faveur de leur solidité que s'il employait de l'or adhésif. Dernièrement j'ai vu beaucoup d'aurifications faites avec de la feuille adhésive épaisse, quelques-unes étaient bien exécutées au centre de la masse d'or, mais les bords montraient de nombreux petits trous, qui, quoique petits, étaient suffisants pour amener la destruction de la dent, comme la plus petite voie d'eau peut amener la perte du plus grand vaisseau.

Je suis aussi frappé que le Dr Herbst nous a montré une nouvelle propriété de l'or, s'observant après la rotation combinée

avec la pression, non seulement l'adhésion des dernières couches est constante, mais encore cela semble consolider l'or déjà placé en lui permettant d'atteindre les parois éloignées même vers leurs angles. C'est peut-être un nouveau principe, en tous cas il mérite d'être étudié. Qu'on nous laisse essayer le nouveau système prudemment et consciencieusement et nous accepterons ses enseignements avec franchise, et si les vieux praticiens comme moi ne l'acceptent peut-être pas entièrement, je ne serai pas surpris qu'elle ne facilite et supplée nos méthodes actuelles. Les instruments rotatifs doivent être nécessairement directs, car ils n'atteignent pas les angles sous certains bords d'émail. Pour y obvier, M. Herbst les examine, les éprouve, avec l'explorateur, et cela à tous les stades de l'aurification. Ainsi exécuté on doit être satisfait du travail, le système doit devenir rapidement familier.

En terminant, il le félicite et le remercie du sacrifice qu'il a fait en franchissant quinze cents lieues pour apprendre à ses confrères américains un nouveau progrès.

DE L'ANESTHÉSIE PAR LA COCAÏNE POUR LES OPÉRATIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Par le Dr. WITZEL

Traduit et résumé par M. THIOLY, D. E. D. P.

Dans la première partie, le professeur Witzel résume l'anatomie physiologique du système nerveux, en particulier, il attire l'attention sur les nerfs vaso-constricteurs et les nerfs vaso-dilatateurs des artères. L'histoire des différentes spécialités médicales qui se servirent de la cocaïne y est faite brièvement et il attire l'attention sur l'importance de la cocaïne pour diminuer la sensibilité réflexe dans la cavité buccale et laryngo-pharyngienne, soit pour établir le diagnostic, examiner, mais principalement, pour l'uranoplastie. Actuellement, la cocaïne est employée pour insensibiliser la gencive dans les différentes opérations que le dentiste est appelé à pratiquer sur elles; mais à l'avenir la cocaïne sera employée comme anesthésie et analysée dans l'extraction des dents. Il est vrai que pour obtenir l'anesthésie, il faut que la cocaïne soit injectée sous la gencive et que l'extraction ne sera pas ordinairement tout à fait sans douleur; mais la souffrance sera réellement atténuée, et les patients craintifs supporteront mieux les entreprises souvent pénibles de la saisie et de la luxation de la dent.

Il faut observer que si, après l'injection de la cocaïne, les clients les plus anxieux ressentent une forte diminution de la douleur qui, dans plusieurs cas, est devenue une remarquable et complète analgésie, on peut poser en principe que, dans cet effet, nous

voyons plus que le contact, mais bien un pouvoir réflexe sur le centre nerveux. En effet, d'après les nombreuses expériences sur les animaux et sur les patients, il est établi que le cerveau et la moëlle allongée sont influencés par l'injection de la cocaïne. Et l'on peut dire que la cocaïne, qui remplace déjà les différents moyens employés pour paralyser ou engourdir la gencive, tels que la glace, pulvérisation de l'éther, l'électricité, etc..., pourra peut-être un jour remplacer la narcose chloroformique.

Il faut faire attention que l'action de la cocaïne n'est pas proportionnée à la dose employée, mais bien à la sensibilité individuelle. Ainsi, il est reconnu que tous les malades ne supportent pas de la même manière, par exemple, la morphine. Vous trouvez des patients qui ne sont pas accoutumés à la morphine, et cependant ne sentent l'effet calmant qu'en prenant une très forte dose ; au contraire, d'autres personnes, avec 0,01 gr. de morphine, sentiront tous les symptômes de l'empoisonnement. Il en est de même pour la cocaïne : il faut apprendre par de nombreuses observations pratiques la sensibilité de chaque individu. Les effets de cette substance sont différents suivant les patients. Ainsi, M. Bresgen a observé un véritable cas d'empoisonnement en employant 0,048 gr. de cocaïne, tandis que P. Heymann a pu se servir, chez un garçon de neuf ans et demi, 1 gramme de cocaïne en badigeonnage, afin d'exciser une tumeur papilliforme de la cavité pharyngo-laryngée. A la suite d'observations, il est admis aujourd'hui que l'homme peut supporter une dose relativement forte de cocaïne. Dans un cas où il fut donné 1,5 gr. de cocaïne, le patient ne ressentit que des coliques, soif, vertige et faiblesse. Il est également reconnu que l'organisme ne s'accoutume pas facilement, c'est-à-dire que la même dose peut être employée fort longtemps sans qu'il soit nécessaire de l'augmenter.

Avant d'aller plus loin, nous dirons que la cocaïne a la propriété de faire contracter les vaisseaux, et le nitrite d'amyle (l'éther azoté-amylique) les fait dilater. L'action de la cocaïne ne se borne pas seulement aux parties les plus rapprochées de l'injection, mais elle s'étend sur les vaisseaux environnants. En effet, nous voyons fréquemment qu'après une injection sub-gingivale de cocaïne, le visage, jusqu'alors rose, devient peu à peu pâle et froid ; la contraction spécifique des vaisseaux se propage aux artères, et cette contraction arrive fréquemment dans le crâne et produit l'anémie du cerveau ; par suite, nous avons une dilatation du ventricule gauche. Les tons du cœur deviennent plus pleins et les pulsations plus fortes ; ces pulsations donnent à chaque client un sentiment d'oppression de la poitrine. Les pulsations de la carotide sont pleines et très bien senties au doigt, tandis que le pouls radial est, chez beaucoup, faible et mince.

L'effet particulier de la cocaïne sur les vaso-moteurs, avec son action spécifique anesthésiante, se réfléchit souvent sur les cellules nerveuses elles-mêmes, et il est rare d'observer une insensibilité locale unie à une diminution générale de la sensibilité. Exemple :

un malade souffrait cruellement d'une névralgie auriculo-temporale qui pouvait provenir de l'inflammation et carie de l'articulation de la mâchoire : sitôt qu'il ouvrait la bouche, ou si l'on touchait avec le doigt les points de la tête où s'étale le nerf auriculo-temporal, le malade accusait des mouvements convulsifs douloureux. Après l'injection d'une petite quantité de cocaïne à l'endroit où passe le tronc nerveux sur le processus zygomatique du temporal, et déjà trois minutes après, l'action de cette injection était étonnante ; on pouvait frapper sur la tête avec le doigt et tirer les cheveux sans faire ressentir la moindre douleur. Le patient pouvait faire mouvoir son articulation de tous les côtés et se trouvait très heureux d'être momentanément soulagé ; l'effet du médicament était annulé au bout de quelques heures.

Voici la formule dont se sert le docteur Witzel pour les *injections* cocaïnisées :

Muriate de cocaïne....	1,0
Eau de menthe poivrée.	5,0

Solution de cocaïne au 20 o/o pour application subgingivale.

Chaque goutte de cette solution contient 0,01 centigramme de cocaïne.

L'eau de menthe est un bon antiseptique et en même temps conserve très bien la solution de cocaïne, tout au moins pour l'usage dentaire.

Pour *badigeonner* la gencive, le professeur Witzel recommande la formule suivante :

Rp.	Cocaïne cristallisée...	1,0
	Eau de menthe poivrée	3,0
	Glycérine...........	2,0
	Essence de menthe...	0,5

Il fait faiblement colorer cette solution par une goutte de bleu de méthylène.

De plus, chez les personnes très craintives, afin de renforcer l'action de l'injection et de paralyser encore mieux la gencive, il place de chaque côté de la dent à extraire une boulette de coton (maintenue avec le doigt) qu'il a préalablement imbibée d'une solution de menthol-rether, dont voici la formule :

Rp.	Menthol..........	10,0
	Ether sulfurique..	15
	Glycérine pure....	15

Solution de menthol ether.

Cette solution, un peu plus affaiblie, sert également au doc-

2

teur Witzel pour badigeonner la muqueuse palatine des personnes qui ne peuvent supporter la prise des empreintes de la mâchoire supérieure sans être atteintes de nausées et de renvois.

Pratique de l'injection. — Chaque seringue hypodermique de Pravaz peut être employée, mais le professeur Witzel recommande sa seringue. Le prix de la cocaïne et sa décomposition facile fait qu'il ne faut pas tremper la seringue dans la solution, ni en prendre trop; pour cela, il est bon de se servir d'une petite cuillère en porcelaine, dans laquelle on verse une petite quantité de solution, et, après avoir compté le nombre de gouttes voulu dans la seringue, on reverse ensuite le reste dans le flacon.

L'on voit, par ce qui précède, qu'il faut dévisser du cylindre de verre la capsule où s'adapte par frottement l'aiguille, et l'on revisse de suite après avoir versé les gouttes de cocaïne. De cette manière, on emploie moins de substance, et l'on a ainsi plus de propreté et de facilité. Il faut remarquer que l'on perd à peu près deux gouttes dans les diverses phases de l'injection ; aussi est-il nécessaire de mettre deux gouttes en plus que la quantité que l'on veut injecter.

Le choix de la canule dépend de la place où doit se faire l'injection. La canule droite sera employée pour les incisives, les canines, les bicuspidées et les molaires du haut ; pour les molaires inférieures, la canule courbe est nécessaire.

Il faut bien faire attention à la propreté de la canule, de même qu'à la parfaite condition de la pointe. Une injection faite avec une aiguille qui n'est pas parfaitement aiguë est douloureuse, et, si elle est sale, elle peut être dangereuse et amener, surtout dans les grandes villes, l'infection syphilitique. De même qu'une canule ayant servi à injecter des antiseptiques dans une *cavité pulpaire* ne peut absolument pas être employée pour une injection subgingivale, de crainte d'occasionner une poussée inflammatoire septicémique de la gencive.

Il faut bien remarquer que non seulement la canule et la seringue doivent être parfaitement propres et désinfectées, mais encore la place, la gencive où doit se faire l'injection doit être nettoyée et désinfectée avec des cotons trempés dans de l'alcool sublimé. Il faut encore bien observer de diriger l'injection sous la muqueuse; en faisant pénétrer l'aiguille de deux centimètres, on pousse l'injection, et, en retirant la canule, fermer la piqûre de l'aiguille avec le doigt, afin que la substance ne puisse pas ressortir.

De suite après l'injection il faut regarder l'heure et observer le pouls radial ou de la carotide, de même que la couleur du visage, l'impression des yeux et la respiration. L'effet de la cocaïne n'est pas le même chez tous les patients; il est comme la morphine, très individuel. Cet effet de la cocaïne se traduit chez les personnes de bonne santé par un papillotement devant les yeux, qui est associé avec les battements du cœur, l'oppression de la poitrine, la pâleur du visage et une apathie visible du patient. Généralement,

quoique ces phénomènes se produisent dans l'espace de quatre à six minutes après l'injection, il faut souvent attendre dix minutes avant que le patient soit plus ou moins privé de la sensation et de la volonté qui se traduit dans une faible anesthésie; mais nous trouvons plus ordinairement, pendant l'opération, une importante analogie. De même, après l'injection, les personnes saines seront parfaitement remises, ou au moins ne se plaindront qu'un peu de faiblesse dans les muscles et une petite sensation de malaise.

Après de nombreuses observations, il faut attendre dix minutes après l'injection avant d'extraire la dent et d'injecter :

Pour les personnes robustes et d'âge moyen, sept à dix gouttes de solution, se qui revient à 0,07 — 0,10 grammes;

Et pour les personnes âgées ou les enfants autour de neuf ans, pas plus de cinq gouttes (0,05 grammes).

De même chez les personnes affaiblies, qui n'ont pas dormi plusieurs nuits par suite de rage de dents, il faut donner la dernière dose, soit cinq gouttes.

De plus, jusqu'à nouvel ordre, ne pas injecter de cocaïne chez les femmes enceintes et chez les enfants au-dessous de six ans; les observations que nous avons faites sur des malades ne sont pas encourageantes et concordent avec les observations faites avec la morphine, que l'on sait dangereuse pour les enfants et les vieillards.

Une dernière remarque. Il faut, pour injecter la cocaïne, bien connaître son anatomie de la tête, et ne pas aller percer avec l'aiguille des artères, ce qui pourrait donner lieu à une hémorrhagie.

Chez les personnes très craintives et anxieuses, le docteur Witzel badigeonne la gencive, soit avec la solution de cocaïne, formule n° 2, soit avec la solution de Menthol-ether. Au bout de cinq minutes il renouvelle ce badigeonnage. Il préfère un morceau de coton au bout d'une petite baguette de bois, et trouve ce procédé plus propre qu'avec le pinceau.

Nous avons vu plus haut que l'injection de cocaïne n'est pas dangereuse chez les personnes qui jouissent d'une bonne santé; mais chez celles qui sont affaiblies ou fortement anémiques, comme pour les vieillards, la cocaïne par action réflexe, conduit à l'anémie du cerveau; les patients courent des risques toujours désagréables, parfois même dangereux.

Ainsi, chez des personnes nerveuses que le mal de dent a tenu éveillé plusieurs nuits, nous rencontrons, après cinq gouttes de solution de cocaïne injectées, déjà trois ou quatre minutes après l'injection, des symptômes généraux tels que : pâleur du visage, qui est quelquefois d'une couleur jaune cadavérique avec sueur froide, sensation d'oppression et d'angoisse d'abord, avec augmentation de la pression sanguine, à laquelle succède un ralentissement des pulsations radiales.

Dans quelques cas, ces symptômes s'accentuent, le patient pousse de profonds gémissements, ferme les yeux, son corps s'affaisse, ses pieds ne peuvent plus le supporter comme dans une

narcose profonde, la respiration est irrégulière pouvant aller jusqu'à la cessation complète. Mais ces symptômes sont alarmants ; il ne faut pas s'effrayer du danger. En tout cas, il est plus sûr de ne pas se servir de cocaïne chez les patients souffrant d'anémie pernicieuse, de même dans les maladies du cœur et des artères, par exemple la dégénérescence graisseuse du cœur ou athéromateuse des vaisseaux. Ces maladies, dont on ne peut pas facilement soupçonner l'existence, peuvent quand même être connues, soit par l'observation pratique, soit par des questions adroites faites au malade, auxquelles il est forcé de répondre, et l'on apprend, ainsi soit qu'il souffre d'un mauvais rhumatisme articulaire ou de névralgies inflammatoires aiguës ou chroniques, ou a été atteint dernièrement d'une fièvre typhoïde, ou souffre depuis longtemps d'une anémie persistante.

Dans ces cas, ne jamais donner de la cocaïne en injection dans l'anémie profonde, parce que l'injection de cocaïne augmente l'anémie et conduit à des symptômes menaçants qui peuvent demander l'intervention du médecin.

Ne pas user des injections cocaïnisées chez les jeunes gens à croissance rapide.

Chez les patients âgés et obèses, avec la physionomie apoplectique, ne pas employer l'injection de cocaïne, et surtout le nitrite d'amyle.

Lorsqu'un symptôme menaçant se déclare, que le malade se laisse aller, et même si la respiration venait à cesser ne pas s'effrayer mais porter le patient sur un sopha le maintenir dans la position horizontale les pieds plutôt élevés, et lui faire respirer même au moyen de la respiration artificielle quelques gouttes de nitrite d'amyle ou éther azoti-nitreux. Au bout de quelques secondes la respiration revient, les joues se recolorent et le patient est sauvé.

L'action du *nitrite d'amyle* ou *éther* azoti-amylique, ou éther amylnitreux, ou éther azoteux de l'alcool amylique, peut facilement se démontrer sur l'homme.

Si je place 5 gouttes d'amylnitritt sur un morceau de papier Joseph et que je le respire par la bouche ouverte, je sens après quelques respirations, une chaleur particulière et je vois mon visage se rougir. Si je respire encore plus longtemps je remarque que mes carotides battent plus fortement et que le nombre des pulsations augmentent. Si je n'éloigne pas de suite le papier Joseph, je ressens des bourdonnements et des tintements dans la tête et le rouge du visage devient cyanosé, la tête est brûlante et paraît enflée.

Il est établi que si la cocaïne contracte les vaisseaux sanguins, le nitrite d'amyle paralyse directement les éléments contractiles de ces vaisseaux et les fait dilater. Donc la contraction des vaisseaux, l'anémie du cerveau, la pâleur et le froid du visage seront de suite écartés par la respiration de 2 à 3 gouttes de nitrite d'amyle.

En résumé, il ne faut pas employer l'injection de cocaïne pour

les jeunes enfants, les femmes enceintes, les personnes sujettes aux convulsions, à l'hystérie, à l'épilepsie, parce que l'état de leur cerveau étant habituellement anémie la cocaïne ne peut qu'augmenter l'anémie et faire surgir des symptômes dangereux. Il faut pour ces cas, se contenter de badigeonner en 2 fois toutes les 5 minutes la gencive avec la solution de cocaïne à la glycérine ou encore la solution de Menthol-ether.

Revue des Journaux

I. — Epulis avec transformation adamantine de l'épithélium gingival. II. — Note sur un cas de difformité de la face. III. — Manifestations buccales du lichen plan.

ÉPULIS AVEC TRANSFORMATION ADAMANTINE DE L'ÉPITHÉLIUM GINGIVAL,

Par J. Albarran, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société des préparations microscopiques provenant d'une épulis, préparations qui nous semblent résoudre la question discutée de la transformation adamantine de l'épithélium de la gencive adulte.

La pièce provient du service de M. Brun, à Lariboisière, et nous a été donneé par notre collègue et ami Hillemand. Une jeune fille de quinze ans, réglée seulement depuis quelques mois, vint consulter pour une petite tumeur de la mâchoire inférieure, située au niveau de la première petite molaire gauche, qui était cariée. Constatée depuis quelques mois, la tumeur s'est accrue jusqu'à présenter le volume d'une noisette; lobulée et quelque peu fongueuse, cette tumeur embrasse le collet de la dent et paraît se continuer dans la cavité alvéolaire à travers la sertissure, en déchaussant en partie la dent. A travers l'orifice de la carie, situé sur la face interne de la dent, sort également un petit bourgeon charnu. La malade souffrait de douleurs dentaires. M. Brun arrache la dent, extirpe la tumeur et fait le grattage de la cavité alvéolaire.

Sur des coupes d'ensemble traitées par une solution très faible de picro-carmin, on voit que la tumeur est formée par une masse fibreuse centrale entourée d'une bordure épithéliale. Rien à noter dans le stroma fibreux, si ce n'est l'apparence de fibres de Sharpey, prise dans certaines parties par les fibres conjonctives, la laxité plus grande du tissu dans quelques points, et la présence de quelques portions osseuses. Vers la périphérie, ce stroma pénètre dans l'épithélium sous forme de papilles beaucoup plus développées que celles des gencives normales. Les bourgeons épithéliaux interpapillaires pénètrent en certains points très profondément dans le

stroma de la tumeur, et, par places, on les voit se ramifier et s'anastomoser. On peut déjà remarquer à un faible grossissement que beaucoup de ces bourgeons profonds, et quelques-uns des superficiels, présentent une partie centrale claire et une portion périphérique très étroite plus foncée.

En regardant avec un fort grossissement, on constate que l'épithélium est dans son ensemble pavimenteux à filaments d'union, comme celui des gencives normales, que dans beaucoup d'endroits, par l'irritation inflammatoire, les cellules ont plus ou moins perdu leurs filaments et que leurs noyaux sont devenus vésiculeux.

Si l'examen porte sur une des portions qui paraissent claires à un faible grossissement, on voit que le centre de ces bourgeons est formé de cellules nettement étoilées, anastomosées par leurs prolongements. Ces cellules possèdent un noyau nucléolé, entouré d'un peu de protaplasma. Vers la périphérie de ces masses, on voit les prolongements des cellules devenir moins distincts ; puis, une ou deux rangées de cellules polygonales, et tout à fait sur les bords du bourgeon épithélial, en contact direct avec le tissu fibreux, une couche de cellules cylindriques.

Si maintenant nous étudions les transformations de cellules, en les suivant des parties centrales du bourgeon vers le pédiculet et la surface extérieure de la tumeur, nous verrons des modifications analogues à celles que nous venons de décrire ; les cellules perdent peu à peu leur caractère étoilé et se confondent avec les cellules pavimenteuses des couches supérieures.

Comme il arrive souvent, alors que l'on fait l'avulsion d'une dent, il est resté quelques parties molles au cément de la dent arrachée. Sur des coupes faites après décalcification de la dent, on voit que les espaces interpapillaires de l'épithélium de la gencive qui confinent à la dent, et qui déjà, à l'état normal, sont plus développés que les autres, ont beaucoup augmenté de volume ; ils pénètrent profondément entre la dent et l'alvéole dans l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire, et l'on remarque que leurs cellules ont subi une transformation analogue à celle que nous avons décrite dans la tumeur et pris le type adamantin.

Nous n'avons pas pu reconnaître les débris épithéliaux paradentaires normaux.

Qu'il nous soit permis d'ajouter ici que sur trois mâchoires, dont deux d'adultes de vingt-six et vingt-neuf ans, et une d'un enfant de sept ans, examinées au point de vue de l'existence de ces débris, nous avons trouvé dans toutes les dents examinées, les restes épithéliaux paradentaires décrits par notre maître Malassez.

M. Malassez, n'ayant examiné que les dents d'une seule mâchoire, ne tranche pas la question de savoir si l'existence de ces débris épithéliaux est un fait constant, fréquent ou exceptionnel. En examinant au microscope les gencives de divers sujets, il y a souvent remarqué les prétendues glandes de tartre de Serres, qui

constituent justement la partie superficielle du système de débris.

La fréquence tout au moins, pour ne pas dire la constance de ces productions dans l'intérieur du ligament, se trouve démontrée par nos préparations.

Nous avons pu constater combien est juste la description de M. Malassez, et nous dirons seulement que les amas épithéliaux nous ont paru touojurs plus nombreux au niveau des parties les moins profondes du ligament, surtout dans son faisceau oblique supérieur. Nous avons, en outre, reconnu sur des coupes intéressant obliquement la dent et montrant par conséquent une surface assez étendue du ligament, que les débris épithéliaux paradentaires existent normalement sous forme de cordons souvent assez longs et anastomosés. Ces pièces montrent des figures analogues à celles que M. Malassez a obtenues en réunissant dans un seul dessin ce qu'il avait vu dans plusieurs préparations provenant d'une même tranche verticale de la dent et confirment pleinement ses vues sur la forme en réseau de ces débris épithéliaux.

Devons-nous admettre que, dans notre épulis, les productions adamantines proviennent des débris gingivaux ou ligamanteux préexistants?

Le doute est permis pour les dernières productions intraligamenteuses que nous avons décrites. Le processus que nous constatons est le même que M. Malassez a si bien décrit dans la gingivite expulsive.

Notre maître admet que ce n'est pas l'épithélium gingival qui se transforme, mais bien que, en proliférant, il est venu se mettre en contact avec des débris paradentaires qui ont pris, eux, le type adamantin. Il cite, à l'appui de sa manière de voir les transformations que ces débris peuvent subir indépendamment de toute altération de la gencive. Peut-être si la possibilité de la transformation de l'épithélium gingival adulte en épithélium adamantin était démontrée, pourrait-on formuler quelques réserves. En ce qui regarde l'épulis elle-même, nous croyons que l'examen de nos pièces ne peut guère laisser de doute. Il ne s'agit pas ici, croyons-nous, de prolongements de la gencive venant se mettre en contact avec des débris hypertrophiés d'abord, car des prolongements interpapillaires même très courts, et ne pouvant pas s'être mis en contact avec ces débris, sont déjà transformés en épithélium adamantin, puis surtout, parce que l'on peut suivre pas à pas, comme on les suit, ainsi que l'a démontré Ranvier, dans l'organe adamantin, les transformations des cellules épithéliales dont le protoplasma granuleux semble diminuer, laissant de plus visibles les filaments d'union des cellules qui leur donnent ainsi leur aspect étoilé et anastomosé.

Nous croyons donc pouvoir conclure en disant que l'épithélium de la gencive est susceptible en proliférant chez l'adulte de produire des bourgeons semblables à ceux qu'il engendre dans la période embryonnaire. Et ce n'est pas là un fait isolé; tout der-

nièrement, M. Darier m'a donné au Collège de France des pièces d'une tumeur du sein dans lesquelles on voit l'épithélium des acini subir l'évolution sébacée.

Il faut donc être quelque peu réservé dans l'adoption de la théorie de Conheim, car si on voyait dans les points qui, comme les gencives, présentent normalement des débris épithéliaux fœtaux se produire une tumeur reproduisant un type embryonnaire, on devra toujours se demander si cette production n'a pas eu pour origine une prolifération de l'épithélium adulte.

Il n'entre pas dans notre pensée de dire qu'il en soit toujours ainsi. Ici même nous avons présenté, il y a quelques mois, une autre épulis dans laquelle les débris épithéliaux paradentaires nous paraissent jouer le principal rôle dans la production des masses épithéliales contenues dans la tumeur.

Ces débris étaient évidemment hypertrophiés, tandis que l'épithélium gingival n'avait guère subi d'altérations. D'un autre côté, le rôle important de ces débris dans les kystes et fongosités radiculaires et dans certains kystes et tumeurs de la mâchoire, se trouve complètement démontré depuis les beaux travaux de Malassez.

(*Journal des Connaissances médicales*)

NOTE SUR UN CAS DE DIFFORMITÉ DE LA FACE

Par M. Bousquet, de Marseille.

La dame R..., âgée de 30 ans, appartient à la colonie piémontaise aisée si nombreuse à Marseille. Grande et vigoureuse, elle eut, un an environ après son mariage, un accouchement gémellaire; ses deux enfants, deux fillettes aujourd'hui âgées de 8 ans, fort jolies et bien développées, quoique l'une soit sensiblement plus grande que l'autre, sont de constitution saine et robuste.

En juillet 1885, la dame R... ressentait de nouveau les premiers symptômes d'une grossesse. Comme la première fois, elle supporta vaillamment les malaises des premiers mois, ne cessant pas un seul jours de s'occuper de son ménage et de sa famille.

Vers la fin du deuxième mois, une tentative d'escroquerie et de vol commis au préjudice de son mari dans des circonstances particulièrement délicates, causa à la dame R... une *émotion des plus violentes*.

Pendant quelques jours, il y eut menace d'avortement puis, tout rentra dans l'ordre et la grossesse arriva à son terme sans nouvel incident.

Le lundi 5 avril, à 4 h. du matin, le travail se déclarait; une sage-femme, appelée, constata que le fœtus se présentait en 1re position du sommet.

Les douleurs étaient suivies et énergiques, l'accouchement marcha avec rapidité, et à 7 h. du matin naissait un garçon de volume moyen, mais d'aspect vigoureux.

Rien de particulier ne signala cet accouchement si ce n'est l'extrême abondance du liquide amniotique.

Au premier moment de joie qui accompagne toujours dans une famille l'arrivée d'un enfant, succéda ici une profonde stupeur.

L'attention de tous avait été immédiatement attirée par une conformation particulière de la face, qui donnait au nouveau-né un aspect véritablement hideux.

La sage-femme, justement étonnée en présence d'une anomalie si étrange, me fit prier de me rendre auprès d'elle pour aviser à ce qu'il y aurait à faire.

Voici exactement ce que je constatai, et ce que je vais essayer de décrire aussi exactement que possible :

Entre le nez et l'ouverture buccale, à l'endroit normalement occupé par la partie médiane de la lèvre supérieure, existe une tumeur rouge, saillante, dure et légèrement mobile.

Pour la facilité de la description, nous lui considérerons une face antérieure, une face postérieure et une circonférence.

La face antérieure est légèrement convexe et lisse, recouverte d'une membrane muqueuse sous laquelle il est aisé de reconnaître les saillies alvéolaires.

A la partie supérieure de cette face, au devant de la cloison des fosses nasales, s'élève un prolongement cutané mobile qui paraît être la partie moyenne de la lèvre supérieure ; on remarque des vestiges du sillon sous-nasal.

La face postérieure est concave, également tapissée de membrane muqueuse ; elle est en rapport médiat avec deux petits prolongements cutanés triangulaires, situés au-dessous d'elle, et qui sont des lambeaux de la lèvre supérieure, prolongements que j'ai pu avec peine amener au contact l'un de l'autre, mais qu'il aurait été impossible de réunir.

Cette face postérieure se continue avec une crête osseuse médiane, seul vestige de la voûte palatine, *laquelle n'existe pas.*

La circonférence, de forme semi-lunaire, est convexe en bas, et arrive au niveau de l'ouverture buccale ; les deux extrémités viennent se terminer par un bord mousse et épais au devant de l'ouverture des narines.

D'un examen attentif et basé sur les diverses particularités que je viens de mentionner, il résulte que cette tumeur n'est autre chose que la partie interne des maxillaires supérieurs et les os incisifs réunis.

Les maxillaires supérieurs sont donc divisés en deux parties : une partie externe, qui occupe dans la cavité buccale sa situation habituelle, et une partie interne qui, jointe à celle du côté opposé, forme au devant et au-dessus des rudiments de la lèvre supérieure la tumeur dont je viens de donner la description.

J'ajoute que les maxillaires sont uniquement constitués dans toute leur étendue par le bord alvéolaire seul ; la voûte palatine est, ainsi que je l'ai dit, absolument absente, et constituée par une crête osseuse antéro-postérieure très saillante, qui soutient en avant les maxillaires dans leur situation anormale, et se termine en arrière en se continuant avec le vomer lui-même très saillant et très développé.

Il résulte de cette absence de la voûte osseuse du palais, que le voile et la luette n'existent pas non plus.

L'enfant ouvrant la bouche, l'œil de l'observateur plonge donc di-

rectement dans les fosses nasales, dont on distingue très aisément les cornets inférieurs et moyens.

Il est aisé de comprendre que, dans de pareilles conditions, l'allaitement était impossible, et que l'alimentation, en général, quel que soit le procédé mis en usage, ne pouvait que présenter de très grandes difficultés à cause du reflux inévitable des liquides par les fosses nasales.

Aussi ce malheureux enfant succombait-il six jours seulement après sa naissance.

(Journal de médecine de Paris).

Manifestations buccales du lichen plan. — Revue médicale de la Suisse romande. — En 1869, dans le mémoire où il individualisait le lichen plan, Erasmus Wilson mentionnait déjà les manifestations muqueuses de l'affection.

Récemment, Thibierge, Pospelow publiaient sur la question d'importants mémoires. MM. A. Mayor et H. Pautry, communiquent aujourd'hui, dans leur intéressant travail, trois observations nouvelles de cette affection. La symptomatologie des manifestations buccales du lichen plan, peut se résumer ainsi : Sur la muqueuse buccale, rarement, sur la muqueuse lingale seule, existent des plaques blanchâtres circulaires ou allongées, irrégulières, peu saillantes. Ces plaques ne peuvent se fusionner et s'allonger ainsi en traits plus ou moins rectilignes, souvent parallèles, aux bords de la langue, en rubans, en bandes serpigineuses.

Sur la muqueuse des joues, des lèvres, des gencives, l'éruption affecte la forme de papules plus petites, arrondies ou étoilées, isolées ou réunies en plaque ; entre les papules, la muqueuse peut paraître erodée, déformée, ou présenter une apparence cicatricielle.

Plaques ou papules ont un aspect brillant, lisse, nacré et éveillant avant tout l'aspect de cicatrice. Ce facies pour ainsi dire, est fort spécial et presque pathognomonique.

Au point de vue anatomique, ces néoformations sont constituées par un épaisissement épidermique ; leur périphérie se continue par une transition insensible avec les tissus sains.

Il faut noter que sur la muqueuse linguale, l'hypertrophie de l'épithélium comble les intervalles qui existent entre les papilles restées normales ; aussi, ces dernières, submergées par l'envahissement épithélial, semblent comme noyées et paraissent diminuées de hauteur, fonctionnellement, les troubles locaux se bornent à une sensation désagréable, dans les cas seulement où l'épaississement épithélial devient considérable et étendu, la langue semble roide, maladroite dans ses mouvements et il existe de la gêne de la mastication et de la déglutition.

Au point de vue diagnostique, nous avons dit l'importance de l'aspect cicatriciel, nacré des plaques du lichen. Ajoutons qu'il existe souvent une éruption cutanée concomitante de lichen plan. Il est facile de distinguer les plaques buccales des plaques muqueuses syphilitiques, opalines et déprimées par suite de la turgescence des papilles voisines, des lésions de la glossite exfoliatrice marginée en plaques circinées, mates, exfoliées au centre, pourvues de bords nets et arrêtés.

La leucoplasie buccale ou psoriasis buccal constitue, dès le début, une affection pytiriasiforme, donnant des lambeanx desquamatifs

mesurant parfois un, deux, trois centimètres; la plaque psoriasique est d'ailleurs moins brillante que celle du lichen.

Quant au traitement, il doit être avant tout général et tonique, l'arsenic, sous forme de liquide de Foler, administré en série de doses progressivement croissantes puis décroissantes, semble agir favorablement. Les manifestations cutanées relèvent du traitement ordinaire du lichen plan. En applications cutanées locales, le glycérolé tartrique (E. Vidal), a donné d'excellents résultats dans les faits rapportés dans ce travail, dont nous terminons l'analyse.

BIBLIOGRAPHIE

Par M. P. Dubois,

Transactions of the Illinois State Dental Society at the twenty-second annual meeting held at Rock Island, May 11 th. ta 14 th. 1886, (Justi-Chicago).

Il est vraiment intéressant de voir l'intensité de la vie professionnelle, la fréquence des rapports, l'amour du nouveau et aussi du progrès chez nos confrères des Etats-Unis.

Réunions mensuelles dans chaque ville, et parfois dans chaque quartier, comme à New-York, réunions annuelles entre les dentistes de chaque Etat ; réunion et convention nationale annuelle entre les délégués des sociétés locales. Tout est organisé pour faire de la profession un grand laboratoire où chacun a sa fonction, où les idées, les suggestions pratiques sont passées au crible de la discussion et de l'expérience.

Nous venons de recevoir le compte rendu d'une de ces réunions, celui du vingt-deuxième congrès des dentistes de l'Illinois. Cet Etat est l'un des plus importants de l'Union américaine ; l'annuaire de Caulk nous apprend qu'il compte 830 dentistes, la moitié de ce que compte la France entière ; il possède aussi trois sociétés professionnelles et deux écoles dentaires.

Ce sont là des éléments de culture intellectuelle et technique qu'on ne peut rencontrer dans des pays où l'organisation professionnelle est plus récente, où les dentistes sont disséminés et aussi, disons-le, ignorants, pour la plupart, de la force de l'association et du travail en commun.

On ne s'attend pas à trouver dans les publications de ces congrès, un culte toujours désinteressé de la science, un souci exclusif de l'avancement professionnel ; bien des scories sont mêlées au métal pur, mais l'ensemble n'en laisse pas moins un résidu dont chacun peut prendre sa part. Les en-têtes de chapitres suivants montrent que les sujets traités sont d'une grande importance et si

certains des lecturers n'ont fait qu'effleurer la matière, il n'en est pas moins profitable de les voir abordés en discussion publique.

Voici les principaux :

Antiseptiques et désinfectants.

Préparation des canaux pulpaires et des cavités devant être obturées.

Chimie buccale.

Rétention dans les mâchoires, des dents sans pulpe.

Chirurgie buccale.

Les micro-organismes de la bouche.

Ce dernier chapitre est le plus intéressant ; non seulement il expose l'état de la question, mais est aussi une démonstration pratique de bactériologie buccale.

Un patient ayant été envoyé à la réunion par un dentiste de la ville, M. Black, l'auteur de cette communication, recueillit dans sa bouche des fragments de dentine altérée, les cultiva dans des bouillons de culture et montra le lendemain les bouillons à l'œil nu, ainsi que des préparations microscopiques ayant la même origine.

Voici le récit de l'opération de l'excision des caries dont on a examiné ultérieurement le contenu.

« Les cavités sont d'une coloration noirâtre, et la carie ne semble pas être très extensive, ce qui n'est pas un cas favorable pour faire des cultures de micro-organismes.

La digue est placée, les dents et les cavités sont lavées, puis entièrement séchées. La partie superficielle de la carie est enlevée à l'aide d'instruments fréquemment stérilisés, en les passant dans la flamme d'un brûleur Bunsen. Puis des petits fragments des parties profondes furent placés dans quatre tubes contenant des bouillons de culture.

D'autres prélèvements furent faits à différentes sources et recueillis comme ci-dessus.

Enfin, des semences puisées dans des tubes appartenant à M. Black furent placées dans d'autres tubes. »

... Le lendemain, on examina en séance publique les préparations de la veille. Des quatre tubes qui avaient reçu des fragments de dentine — pris sur le patient dont il est parlé ci-dessus — deux seulement montraient des micro-organismes en évolution.

L'auteur de cette communication montra que les pièces de prothèse créent au-dessous d'elles, un milieu de culture très favorable

Quoique l'étiologie de la carie dentaire n'ait été abordée qu'incidemment, elle ne pouvait être passée sous silence et on demanda à M. Black son sentiment sur ce sujet ; les passages suivants montreront ce qu'il pense à cet égard :

« Quelques-uns d'entre vous m'ont demandé si le fait initial de la carie dentaire était dû aux micro-organismes ou aux acides.

L'examen de ce tube éclaircira un peu la question en vous mon-

trant la cause de la production des acides dans la bouche. Il est très rare que la salive soit acide quand elle sort des conduits salivaires, et pourtant, nous la trouvons souvent très acide. Quelle est la cause de cette acescence ? On a beaucoup discuté là-dessus ces dernières années. J'ai stérilisé cette aiguille de platine afin de prendre dans ce tube une goutte de liquide qui, placée sur le papier de tournesol, montre une acidité marquée. Les fungus que ce tube renferme ne proviennent pas de cavités cariées, mais d'un raclage pratiqué sur le dos de la langue ; ce raclage a été fait devant nous, hier. . . . .

. . . .

Il y a un ferment soluble qui convertit le sucre de canne en glucose et en levûre ; dans cette condition, il est absorbé par la fermentation, la nourrit et définitivement il ne reste plus de la transformation que de l'acide carbonique et de l'alcool. Dans les caries où nous avons des fungus, nous avons le même processus.»

Ainsi résumée, l'action des micro-organismes n'a rien de nouveau, elle concorde avec les conclusions des partisans de la théorie chimique et notamment avec celles de M. Magitot, publiées il y a nombre d'années.

« Sans exposer ici les principes des fermentations en général, les métamorphoses qu'elles provoquent, les circonstances qui les favorisent, leurs agents proprement dits, il est évident que ces diverses conditions se trouvent réunies au plus haut degré dans la cavité buccale, l'eau, la température, le contact de l'air. En ce qui concerne le temps, il peut être considérable, car c'est dans les interstices dentaires, les anfractuosités congénitales, les sillons ou trous naturels qu'offre si souvent la surface des dents, que se produisent ces phénomenes ainsi localisés à l'abri de tout dérangement. Quant au ferment, outre que la salive par la matière organique, albuminoïde ou ptyaline qu'elle contient, peut remplir cet office, la bouche renferme presque constamment par le fait de l'alimentation, des débris de matière qui peuvent jouer le même rôle, car toute substance azotée d'origine végétale ou animale analogue à l'albumine et les produits azotés de l'altération de ces mêmes substances susceptibles d'éprouver le phénomène de décomposition spontané connu sous le nom de putréfaction peuvent remplir le rôle de ferment.»

(Magitot. — *Carie des dents in Dict. Encyclop. des Soc. Méd.* — 1re série, T. XII, p. 533).

On voit que les recherches actuelles sur les micro-organismes de la bouche n'infirment pas la théorie chimique telle que l'a formulée l'éminent dentiste français. Pourtant, elles peuvent nous faire connaître les conditions du phénomène. On connaît la morphologie du ferment alcoolique de ceux qui produisent la fermentation lactique, ammoniacale, de la putréfaction, etc., et on n'a pu encore spécifier quels sont les agents de l'acescence des liquides bucaux. Espérons que l'observation au microscope et l'expérimentation, feront bientôt la lumière sur ce point. L'étiologie de la carie dentaire aura alors fait un grand pas.

MM. Miller, Underwood et Miles prêtèrent aux micro-organismes un rôle plus actif ; nous sommes heureux de voir un

retour à des idées, qui, si elles n'ont pas pour elles la mode scientifique, sont bien mieux en accord avec ce que nous connaissons sur la texture des dents et les phénomènes de la vie.

Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un formulaire à l'usage des praticiens, par Ch. L. Quincerot, chirurgien-dentiste, diplômé de l'Ecole et hôpital dentaires de Paris, ex-membre de la Société odontologique de France, etc.; professeur de clinique et de thérapeutique spéciales, rédacteur en chef de la *Gazette odontotechnique* de France. etc. (Paris, Lecrosnier, 1886). 71 pages.

Ce petit opuscule dénote certains efforts, et s'il ne constitue pas un travail complet, — même en raccourci, — de la matière médicale nécessaire au dentiste, il n'est pas, comme pourraient le faire supposer certains titres que l'auteur s'attribue, fait exclusivement pour la clientèle.

Il rassemble, d'après les traités classiques de thérapeutique, les définitions et généralités, en y ajoutant quelques notions sur l'action et l'usage des agents médicamenteux dans la cavité buccale.

Cette dernière partie méritait de plus grands développements.

L'eau oxygénée, le charbon, le tannin, les hydrargyres, la résorcine, le coaltar, le gelsemium n'y sont pas mentionnés.

Les services que rendent certains médicaments ne sont pas jugés comme ils le méritent.

M. Quincerot dit de l'iodoforme « *ses applications sont tout à fait restreintes en thérapeutique dentaire* » (P. 29);

Du nitrate d'argent : « *En odontotechnie, nous n'employons pas le nitrate d'argent pour traiter les dents (on l'a employé autrefois pour cautériser la dentine); les seuls services qu'il peut nous rendre, c'est de combattre certaines affections de la muqueuse buccale* » (P. 43);

De la créosote : « *Du reste, aujourd'hui, il est très peu de dentistes qui s'en servent* » (P. 38).

Nous pensons, contrairement à l'auteur du manuel de thérapeutique dentaire spéciale, que ces agents sont des plus utiles et qu'ils méritent de trouver place dans notre pharmacie. Nous verrions avec regret les jeunes praticiens délaisser leur usage.

Quelques termes non scientifiques ont échappé à l'attention de l'auteur, il parle de « l'inflammation de la dentine et de l'émail » (page 2).

Malgré ses lacunes, ses quelques défectuosités, le petit manuel de M. Quincerot peut rendre quelques services, surtout si dans une seconde édition il était corrigé et considérablement augmenté.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885-86)

Art Dentaire et Sciences connéxes

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN FRANÇAIS

Barraud. Traitement du bec-de-lièvre congénital. Steinheil.

Castex (A.). Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche (clinique et intervention chirurgicale). (*Rev. de chir.*, 10 févr., 10 mars, 10 avril).

Drapier. Contribution à l'étude de l'influence des anesthésiques sur la nutrition; MM. Vulpian, Trélat, Landouzy et Straus. Th. de Paris.

Julien. Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. Th. de Paris.

Hammont et Dupont. L'éclairage électrique dans les appartements. Une broch. In-12 ; Paris, Bernard Tignol, 1886.

Feuilletaud. (G.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cancers du plancher de la bouche. (Imp. Davy.)

Papot. L'Hygiène de la bouche et des soins de propreté.

Fillatreaur De l'opportunité de l'application de la loi du 19 ventôse an XI, à la profession de dentiste. Impr. Goupy et Jourdan.

Grenet. Le scorbut au fort de Bicêtre pendant le siège de Paris. 1871, in-8.

Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen-plan. (*Rev. de Dermatologie*, 1886)

Regnauld (J.) et *Villejean* (E.). Recherches sur les propriétés anesthésiques du formène et de ses dérivés chlorés. (*Bull. gén. de Thér.*, 30 mai, 15 juin.)

Trélat (U). Technique des opérations plastiques sur le palais (Uronoplastie, palataplastie, staphylarrhaphie.) (*Rev. de Chirurgie*, février 1886.).

Logeais (E.). Des phosphates en thérapeutique. (*Bull. gen. de Thér.*, 30 mai.)

Hoch (P.). Contribution à l'étude des polypes fibreux du sinus maxillaire supérieur. (*Bul. de la Soc. des Sc. méd.*, Luxembourg. T. XIV.)

Morot. Anomalie dentaire chez le mouton. Aspect caniniforme des coins de remplacement. (*Journ. des Conn. méd.*, 26 août.)

Morot. Augmentation du nombre des incisives chez une vache et chez un chevreau. (*Journ. des Conn. méd.*)

Cadenaule. Du traitement des névralgies par les courants continus. (Th. Bordeaux.)

Lataste (F.). De l'existence de dents canines à la mâchoire supérieure des damans; formule dentaire de ces petits pachydermes.

Perrenot. Etude expérimentale et clinique sur le chlorure de camphre.

Marweff. De l'inflammation de la glande parotide après l'ovariotomie. (Steinheil.)

Paillasson. Sur les principaux anesthésiques employés dans la chirurgie dentaire.) Waltener.) Lyon.

Bellier (A.). Contribution à l'étude de l'urano-staphyloraphie et de ses résultats. (Droin.) Mans.
Blusson (R.). Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique. (Davy.)
Campardon. Sur l'Hamamelis virginica. (Doin.)
Chabert (J.). Des grenouilletes. (Boehm.) Montpellier.
Colombe (G.). Etude sur le coca et les sels de cocaïne. (Derenne.)
Rigolet (A.). Etude expérimentale sur les propriétés du chlorhydrate de cocaïne. (Davy.)
Didsbury (H.). Hygiène. Notes sur les complications dues au tartre dentaire. (Bourloton.)
Estore. La cocaïne; faits cliniques relatifs à l'action anesthésique locale de ce médicament. (Boehm.) Montpellier.

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Heide. (R.). En sammenlignende fremstilling af behandlingen af paletin divisioner. (Un résumé comparatif du traitement des divisions palatines.) Kjobenhavn, trykt hos Nielsen et Lydiche.
Davy (Richd). On excision of the Condyle of the Lower Jaw for the Relief of Mechanical Trismus. (*Lancet*, Londres, 18 septembre.) — Exc. du c. de la mâchoire infér. pour la guérison du tr. méc.
Transactions of the California State. Odontological Society. 1884-85. San Francisco, 1886.
Schrauth (C.). Las Lustgas und seine Verwendbarkeit in der Chirurgie. (N° 281 des *Samml. Kli Vortr.*) In-8°, 21 p. — Le protoxyde d'azote et son emploi en chirurgie.
Neumann. (C. E. O.). Die Haut, Haare, Nægel und Zæhned. Menschen. Deren Bau, Pflege, Krankheiten u. uaturgemæsse Behandlg. In-8°. Leipsig. — La peau, les cheveux, les ongles et les dents de l'homme. Soins, maladies, etc.
Heath (C.) Manual of Minor Surgery and Bandaging. (In-12, 360 p. Londres.)
Nessel. Kaz. Zubni. (Sbornih Lekarki 3.) — Sur la carie dentaire.
Seventeenth anniversary of the first District Dental Society of State of New York. — Dix-septième anniversaire de la Société des dentistes du premier district de New York. (S. S. White.)
Seabury. An essay on vulcanizing rubber. — Essai sur la vulcanisation du caoutchouc. (Providence.)
Land. Scientific application of artificial dentures. — Application scientifique des dents artificielles. (Detroit.)
Zipfel. — De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire au *point de vue* chirurgical.
Lancereaux. — Le Scorbut des prisons du département de la Seine, Paris, 1885, in-8.
Quivogne. — La chloroformisation, ses inconvénients, ses dangers; méthode pour les prévenir. In-8· 66 p.
Maerkel. — Zur Cocain-Wirkung une Gefahr. (*Berliner Klin. Woch.* n· 10). — Sur l'action et le danger de la cocaïne.
Mayes (J. A.) — The Analgesic and Hypnotic Effects of Jamaica Dogwood. Les effets analgésiques et hypnotiques du Jamaica Dogwood (*Amer. pract. and News*, Louisville, 26 juin.)
Macgregor (A. D.). — On the Value of Boric Acid in Various Conditions of Mouth. Sur la valeur de l'acide borique dans différentes conditions de la bouche. (*British Med. Journ.*, Londres, 10 juillet).
Kirchner. — Die antiseptische Behaudlung der Pulpakrankheiten. (Du traitement antiseptique de la pulpe).

Dental Register July. 1885.

Parsons Schaw. The teeth of differènt people. (Les dents des différents peuples). Arch. of Dentistry June 1885.

Zuckerkandl. Beitrage Zur Anatomie des menschlichen. Korpers VII Ueber rudimentüre Zahne(contribution sur l'anatomie du corps humain. VII. Sur des dents rudimentaires.)

Med. Jahrbucher 1885.

Ackland (J. M.) Relation between Facial Neuralgia and Dental Irritation. (*Bristol Med. Chir. Journ.*, mars.)

Busch. Ueber die Entstehung der Erosionen an den Kronen der Zahne. Deutsche med. Wochenschrift 1886. Svr. 2 p. 26-27 (Sur l'origine de l'érosion des couronnes des dents).

Flett (W. S.). Molar Pregnancy ; Chorionic Myxomatous Degeneration (*Austr. med. journ.*, Melbourne, p. 154.)

Martindale (W.). Coca, cocaïne and its salts. Coca, cocaïne et ses sels. In-12, 70 p. Londres.

Sonnenburg. Einige Bemerkungen zur Neurektomie des dritten Astes des Trigeminus. (*Centr. bl. f. Chir.*, Leipzig, 1er mai.) — Quelques remarques sur la névrotomie de la troisième branche du trijum.

Jessett (E. B.). Cancar of the Mouth, Tongue and Alimentary Tract. In-8°, 314 p. avec flg. — Etude sur le cancer de la bouche, de la langue et du tube digestif.

Dunzelt et *Lüthke*. Die Zahnpflege im Kindesalter; Ratgeber für Eltern und Erzieher der Jugend. In-8°. Leipzig. — Les soins des dents chez les adultes.

Helmkampff (Herm.). Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Mundes und des Rachens so wie der Krankheiten der Zæhne. In-8° — Diagnostic et traitement des maladies de la bouche, du gosier et des dents.

Van Lair. Les névralgies, leurs formes et leur traitement. 2e édition, 1882. Un vol. grand in-8° de 350 pages, (Carré).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur le Salol. -- par M. Boymond

Le salol, ou salicylate de phénol, vient d'être proposé par le professeur de Nencki pour remplacer le salicylate de soude, en évitant les inconvénients de ce dernier médicament. Il se présente sous la forme d'une poudre blanche, d'odeur très faible, sans saveur, insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool et autres dissolvants.

On l'administre à la dose de 4 à 8 grammes par jour comme antirhumatismal, antipyrétique et antiseptique. Il a été employé avec succès, paraît-il, dans les affections rhumatismales aiguës et chroniques, l'urticaire, le diabète, les catarrhes intestinaux, la fièvre typhoïde, le choléra, les parasites intestinaux, le catarrhe de la vessie, l'ozène, l'otorrhée et autres affections. On propose aussi d'appliquer le salol dans tous les cas où l'on emploie le sublimé et l'iodoforme, comme antiseptique. (*Arch. de pharmacie*)

Daccomo. — Sur la décomposition de l'iodoforme

La décomposition de l'iodoforme est la cause de la coloration en brun des solutions de ce corps dans le sulfure de carbone, l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Cette décomposition résulte de l'action simultanée de l'air et de la lumière qui produit une séparation de l'iode et une oxydation du carbone.

L'auteur étudie aussi en ce moment l'action de l'air et de la lumière sur le chloroforme et le bromoforme.

Filipouitch. — L'acide trichloracétique comme antiseptique

Cet acide est cristallin, soluble dans l'eau et l'alcool, d'une odeur agréable ; il coagule l'albumine ; en solution concentrée, il est caustique, dilué, il provoque une hypersécrétion salivaire; annihile complètement le ferment salivaire.

D'après l'auteur, c'est un puissant antiseptique même en solution à 2 pour 100. Une solution à 1 ou 2 pour 100 détruit tous les organismes vivants.

En solution plus faible (1/2 à 1 pour 100), il n'arrête pas le développement des ferments, mais bien celui des bactéries, des micrococcus. Il occuperait la troisième place parmi les désinfectants, le bichlorure de mercure et l'acide phénique seuls lui étant supérieurs. Comme agent thérapeutique c'est un excellent remède dans l'érysipèle. les excoriations cutanées qui résultent de l'œdème des membres inférieurs, les maladies rénales et cardiaques, les ulcères syphilitiques, pour le traitement desquels il n'est pas inférieur à l'iodoforme. On l'emploie en lotions contre le muguet. (*Arch. de Pharmacie.*)

De l'essai des cocaïnes

Le cocaïne doit être blanche, entièrement soluble dans l'alcool l'éther, les hydrocarbures.

2° Elle doit être entièrement soluble dans vingt fois son poids d'eau accidulée d'acide chlorhydrique au dixième et la solution doit être transparente.

3° Deux gouttes de la solution neutre de chlorhydrate de cocaïne au vingtième instillés dans l'œil, doivent au bout de quarante secondes, produire l'anesthésie complète. Cette expérience ne donnant lieu à aucun désordre pathologique, et l'action étant passagère, peut être faite sans inconvénient sur tout le monde, et c'est la preuve la plus convaincante de la bonne qualité du produit.

Cas grave d'intoxication par la cocaïne à la suite d'instillation dans le cul-de-sac conjonctival, par M. Mayerhausen. — On a déjà relevé, en Amérique surtout, certains accidents passagers à la suite d'instillations de cocaïne, comme un malaise général, de la pâleur, des sueurs froides, du vertige, mais il n'existe pas, à la connaissance de l'auteur, d'observation d'intoxication prolongée caractérisée par un ensemble de symptômes aussi alarmants que dans le cas actuel.

Il s'agit d'une jeune fille de douze ans, à laquelle on pratiqua tout d'abord dans le but d'insensibiliser la cornée soumise au raclage, 4 instillations se suivant à cinq, huit minutes d'intervalle, de 1, 2 gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 o/o. On y revint

pendant l'opération, et l'auteur estime qu'il fut employé en tout une quinzaine de gouttes dont il faut compter qu'une bonne partie s'écoula au dehors avec les larmes. C'est donc 5 milligrammes environ de l'alcaloïde qui ont pu être absorbés.

Au sortir de l'opération, l'enfant se plaignit de mal de tête, puis de sécheresse de la gorge, d'un malaise général, nausées, etc. Le soir, inappétence, démarche chancelante, idéation troublée, parole difficile. Toute la nuit, agitation considérable. Le lendemain, il restait encore de l'inappétence et une grande sensibilité de la tête, et les symptômes ne disparaissaient que le soir du deuxième jour, c'est-à-dire après une durée de plus de vingt-quatre heures.

Il est très probable qu'une partie de la cocaïne passant par les voies lacrymales, avait été déglutie ainsi que la malade en signalait la sensation, puis absorbée par l'estomac, porte d'entrée dont le danger comme pour l'atropine, est bien connu. Il est donc recommandé de réaliser l'occlusion des points lacrymaux par pression quand on pratique des instillations de cocaïne, surtout chez les enfants. — (*Wiener mediz. Presse*, et *Sem. Médicale*).

Anesthésie locale par la cocaïne. — M. Salzman, professeur à l'Université d'Helsingfors (Finlande), fait une communication sur les effets anesthésiques de la cocaïne en injections sous-cutanées. En voici les conclusions :

Si l'on en même temps la bande d'Esmarch et les injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne (0.05), on obtient une anesthésie locale suffisante pour certaines opérations chirurgicales relativement assez importantes.

La partie insensibilisée par une dose de 0,05 centigr. a une étendue de cinq centimètres de diamètre.

La diminution de la sensibilité commence ordinairement quelques minutes après l'injection et atteint son summum au bout de six à huit minutes ; l'anesthésie dure en moyenne vingt minutes,

(*Sem. médicale.*) Dr E. Bull.

Nitrite d'amyle, antidote de la cocaïne

Le Dr Shilling, appelé auprès d'une personne ayant perdu connaissance à la suite d'une injection de cocaïne pour l'avulsion d'une dent, fit respirer trois gouttes de nitrite d'amyle sur un mouchoir. En très peu de temps la personne reprit ses sens. (*Arch. de Pharmacie*).

Poudre dentifrice contre la stomatite mercurielle

Chlorate de potasse porphyrisé.	25	grammes.
Quinquina pulvérisé...........	10	—
Cachou pulvérisé..............	10	—
Tanin pulvérisé...............	1	—
Craie préparée................	10	—
Essence de menthe.............	5	gouttes.

Pour une poudre avec laquelle on frotte, matin et soir, les dents et les gencives dans les cas où l'on pratique les frictions d'ongent mercuriel, pour combattre des accidents syphilitiques. On rince la bouche, après chaque repas. Grâce à l'emploi de ces moyens, on

réussit souvent à prévenir le développement de la stomatite mercurielle. — N. G.

Potion hypnotique — V. Audhoui

Paraldéhyde..................		2	grammes
Hydrolate de menthe poivrée..	*â â*	60	—
Hydrolate de fleurs d'oranger .	*â â*	60	—
Sirop de gomme..............		25	—

F. s. a. une potion à prendre en une ou deux fois, dans l'espace d'un quart d'heure, au moment où l'on veut provoquer le sommeil.

La dose peut être abaissée à 1 gramme ou portée à 3 ou 4 grammes, suivant l'intensité de l'effet que l'on veut obtenir. A la dose de 2 grammes, la paraldélyde agit à peu près comme une dose semblable d'hydrate de chloral. — N. G.

Emploi de la brucine comme anesthésique local. (Transact. of American otological Society, 1885.—Le docteur Burnett conseille fortement l'emploi de la brucine comme anesthésique local. Une solution de brucine cristallisée pure à 5 o/o d'eau distillée, avec addition de cinq gouttes d'acide chlorhydrique par gramme de brucine, est considérée par lui comme jouissant de propriétés anesthésiques plus remarquables et donnant des résultats plus satisfaisants que ne le pourrait faire la cocaïne.

Le mieux serait d'instiller, pour l'emploi en otologie, quelques gouttes du médicament dans le conduit auditif externe, ou d'en imbiber un tampon d'ouate, qu'on placerait, en l'y comprimant un peu, dans le conduit auditif externe ou à son méat.

Le docteur Zeiss, dans un travail sur la brucine, inséré dans le *Thérapeutical Gazette* (janvier 1886), considère les effets de la brucine comme étant plus durables, mais moins certains que ceux de la cocaïne.

La brucine ne serait d'aucun service, appliquée sur les téguments externes, pas plus, du reste, que n'importe quelle solution de cocaïne qu'on est obligé d'injecter sous la peau pour en obtenir ses effets aneshésiques ordinaires. Malheureusement, les propriétés puissantes de la brucine empêchent l'emploi de ce mode d'application. Mais la brucine en solution agirait comme un excellent anesthésique local et superficiel lorsqu'elle est en contact avec des surfaces muqueuses, et c'est spécialement dans les cas de furoncles du conduit auditif externe ou dans les otites moyennes, même suppurées, qu'elle se montrerait plus utile. On l'emploie alors en instillations dans l'oreille externe, ou en pulvérisations dans l'oreille moyenne, à l'aide d'un cathéter, ou en pommade dont on enduit la sonde avant l'introduction, dans les cas où elle peut être supportée, ou enfin à l'aide du procédé de Valsalva, après pulvérisation.

Dans quelques cas, après l'emploi de solutions abondantes de brucine contre le coryza, les malades se sont montrés agités et nerveux pendant plusieurs heures.

L. D.

MISCELLANEA

NOUVEAU PROCÉDÉ DE CONSERVATION DES PRÉPARATIONS MICROSCOPIQUES

M. Giacomini (de Turin), présente de nombreuses préparatins microscopiques conservées par un nouveau procédé, grâce auquel les lamelles de verre et les couvre-objets deviennent complètement inutiles. On réalise, par ce procédé, une grande économie, les préparations sont plus faciles à faire et peuvent se manier sans aucun inconvénient.

La coupe microscopique est placée dans une couche de gélatine et recouverte en avant et en arrière d'une couche de collodion extrêmement mince pour protéger et rendre inaltérable la gélatine.

On commence à bien nettoyer une plaque de verre de la grandeur que l'on désire. C'est là un point capital, toute impureté doit disparaître; cela fait, on y étend une couche de collodion très mince, et on laisse évaporer l'éther; puis, on plonge dans une solution de gélatine à 10 o|o, à la température de 50 degrés. La coupe est appliquée sur le verre collodionné et ensuite on sort la tout du bain gélatineux.

On laisse bien sécher la gélatine et la coupe est préparée, éclaircie avec ses réactifs ordinaires que l'on recouvre alors d'une deuxième couche de collodion. Quand le tout est bien sec, on détache le collodion de la plaque de verre et on a une préparation inaltérable, épaisse comme une feuille de papier et très facile à manier.

Le professeur Giacomini a fait passer sous les yeux de l'assemblée des préparations de toute sorte et de toute grandeur. Il en est qui sont de la grandeur d'un in-octavo et qui comprennent des coupes du cerveau dans toute son étendue. Colorées par les moyens ordinaires, ces préparations sont d'une netteté parfaite et peuvent rendre de grands services pour l'étude microscopique.

SIMPLE NUMÉRATION DES TOURS D'UNE MACHINE.

Voici un moyen très facile : on fixe un crayon ou un stylet quelconque à une extrémité de l'arbre, et l'on place en regard une feuille de papier convenablement tendue et que l'on déplace d'une manière lente et continue, sur laquelle chaque révolution tracera un petit arc de cercle : le nombre des arcs sera celui des tours. (*Scientific American*).

Morsure de la pointe de la langue chez un enfant, hémorragies profuses, inconvénients du perchlorure de fer; etat syncopal et agonique; guérison.

« Le 20 mai 1886, je visite l'enfant J., à huit kilomètres de ma résidence. Agé de quatre ans, issu d'une mère aliénée, il est sujet aux épistaxis. Son père, artisan, peut-être alcoolique ? avoue que son fils a parfois des crises nerveuses. (Epilepsie.)

» Il y a trois jours, l'enfant est tombé sur le sol et s'est mordu la langue. Il a perdu beaucoup de sang et de salive. On ne sait pas si le sang a coulé en jet.

» Le médecin appelé tamponna et toucha la plaie avec une solution de perchlorure de fer. L'hémorragie cessa. Le père devait reprendre ce traitement s'il y avait lieu, et il y fut obligé peu après le départ du médecin.

» Puis nouvelles pertes de sang, nouvelles applications du topique. L'enfant ne pouvait plus se nourrir, faiblesse, syncopes répétées, insensibilité générale, état comateux.

» La langue brûlée par l'action caustique a perdu son épithélium. Une ligature est faite en arrière des parties mortifiées, l'écoulement sanguin cesse, et l'état général s'améliore rapidement. Cette modeste histoire clinique m'a paru digne d'exciter la curiosité des praticiens. Elle me permet de conclure en terminant :

» Que chez l'enfant lymphatique, hémophile, et probablement épileptique, une blessure très rare, presque insignifiante de la langue, a failli causer la mort.

» Dr Phelippeaux. »

Journal des Connaissances Médicales.

Les tumeurs sont-elles toujours douloureuses. — M. Verneuil traite un point de physiologie et de pathologie générale qui intéresse vivement l'assemblée : de la douleur et de l'indolence dans les néoplasmes en général. Broca, dans son traité des tumeurs, n'en parle pas ou à peine. On admet les propositions suivantes : tumeur bénigne, douleur peu intense et tumeur maligne, douleur vive, d'où on tire cette conclusion : dolence et indolence sont la mesure du pronostic. Eh bien, le cancer au début est loin d'être douloureux, ce qui fait méconnaître la maladie, induit en erreur au point de vue pronostic et thérapeutique. Tout néoplasme peut être dolent ou indolent ; le même peut être alternativement l'un ou l'autre. Ce sont là des symptômes variables qui n'influent en rien le pronostic, ni la nature de la tumeur. De plus, on peut dire l'indolence est la règle dans les tumeurs malignes, le contraire l'exception. Au début, les tumeurs extérieures sont toujours indolentes et cette période d'indolence est très remarquable : elle s'explique par ce fait que les tumeurs ne sont pas sensibles par elles-mêmes (en effet on n'y trouve pas de nerfs, recherche de Nepveu ; on sait qu'un cancer dénudé est insensible) ; elles ne le deviennent que quand elles imitent les nerfs voisins. L'indolence est une propriété intrinsèque au néoplasme, la douleur une propriété extrinsèque (*Ass. Franç. pour l'avancement des Sciences. Progrès Médical*).

Du traitement de la sialorrhée gravidique, par Schramm. — La salivation excessive des femmes enceintes est loin de s'observer fréquemment. Cependant elle peut devenir un inconvénient et une cause d'affaiblissement comme dans le cas dont M. Schramm rapporte l'histoire. L'état général de cette malade était profondément altéré et une intervention active devenait d'urgente nécessité. L'iodure de potassium, efficace contre les salivations de l'hydrargyrisme chronique, avait été impuissant. L'atrophine, la duboisine et la galvanisation du sympathique atténuaient faiblement ce phénomène.

C'est alors que la pilocarpine fut injectée sous la peau à l'exemple de MM. Labbé et Davezeaux. Après sept injections hypodermiques contenant chacune un centigramme de la substance active, le flux salivaire devint moins abondant, mais ne cessa pas. Le bromure de potassium fut alors administré, et sous son influence la sialorrhée disparut. M. Schramm attribue son efficacité à ce qu'il diminuerait l'excitabilité des nerfs glandulaires et paralyserait à la fois les fibres secrétoires du sympathique et les filets radiculaires du nerf facial. En tous cas, ce médicament lui paraît encore indiqué parce qu'il est sans danger pour les femmes enceintes.

(L'Union médicale, 28 septembre 1886.)

LA SPECIALISATION DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Nous empruntons au *Progrès Médical* les excellentes réflexions suivantes. Nos lecteurs verront que les études sur les maladies dites speciales ne sont guère favorisées à la Faculté de médecine de Paris, et que, si on nous faisait le dangereux honneur de nous y admettre, nous n'y aurions pas une place bien enviable.

Les plus chauds partisans de l'intervention gouvernementale ne peuvent espérer qu'on aurait pour l'art dentaire une sollicitude qu'on n'a pas pour des spécialités exclusivement médicales, comme la laryngologie et l'otologie. Nous n'avons pas à traiter à fond cette question qui a été déjà abordée plusieurs fois dans les colonnes de ce journal, et, pour aujourd'hui, nous laisserons la parole au journal de M. Bourneville, médecin des hôpitaux et député de Paris.

Dans les grandes villes de l'Europe, toutes les branches de la médecine sont théoriquement ou pratiquement séparées. Outre les deux principales sections de la chirurgie et de la médecine, nous comptons parmi les spécialités les plus légitimes : l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, la dermathologie, la syphiligraphie, l'otologie, la laryngologie, l'ophthalmologie, les voies urinaires, etc. Malheureusement, un certain nombre de ces spécialités n'ont d'existence officielle ni à la Faculté de médecine, ni à l'Assistance publique de Paris. Il en résulte qu'elles sont adonnées aux empiriques et aux charlatans qui les discréditent et entravent leurs pro-

grès. Nos voisins, les Allemands, moins paralysés que nous par les traditions routinières, n'ont pas hésité à organiser l'enseignement pratique de ces spécialités, et les Français, eux-mêmes, lorsqu'ils veulent devenir des spécialistes sérieux, vont chercher en Allemagne un enseignement qu'ils ne trouvent pas à Paris. Nos meilleurs laryngologistes et otologistes ont fait leurs études à Vienne. Actuellement encore, l'otologie et la laryngologie ne sont enseignées ni à la Faculté, ni dans les hôpitaux. Car il est impossible de prendre au sérieux les embryons de clinique laryngologique annexés à certains services de médecine générale. Un médecin, qui a déjà la charge d'un important service, est incapable, quels que soient son talent et son activité, de pratiquer et d'enseigner par surcroît la laryngologie.

Nous en dirons autant de l'otologie qui n'existe même pas dans les hôpitaux; quant à l'ophtalmologie, confiée jusqu'à ces derniers jours à des chirurgiens surchargés de travail, elle vient d'être enfin spécialisée.

Reste donc à pourvoir au bon fonctionnement de ce que nous nous permettrons d'appeler les petites spécialités (maladies du larynx, des oreilles, etc.) Si l'administration de l'Assistance publique avait de l'initiative, elle se hâterait de faire pour ces spécialités ce qu'elle a fait pour les accouchements. Elle créerait immédiatement dans trois ou quatre grands hôpitaux un service de laryngologie, un service d'otologie, et elle mettrait à la tête de ces services des médecins nommés à la suite d'un concours spécial.

Dans ce concours, dont le programme reste à déterminer, on aurait soin d'introduire des épreuves de médecine générale qui éloigneraient les spécialistes sans instruction solide. Tant que l'Assistance publique n'aura pas opéré cette réforme, les malades qui souffrent des oreilles ou du larynx ne trouveront des soins éclairés que dans les cliniques et les dispensaires gratuits des praticiens de la ville. Enfin, à côté de l'intérêt des malades, n'oublions pas celui des étudiants français et étrangers qui. ne trouvant pas à Paris l'enseignement des spécialités auxquelles ils se destinent, sont obligés d'aller chercher à grands frais cet enseignement à Vienne ou à Berlin. Tout est à faire pour donner satisfaction aux besoins que nous venons de signaler.

(*Le Progrès médical*, 5 juin 1886).

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS.

Brevets délivrés en France.

PETITES LAMPES A ARC

On s'occupe beaucoup, en Allemagne, des petites lampes à arc, dont le pouvoir éclairant, à puissance électrique égale, est bien supérieur à celui des lampes à incandescence actuelles. Le docteur Waller, de Hambourg, vient d'expérimenter une petite lampe à arc de M. Scharnweber, demandant environ 4 ampères et 50 volts, soit 200 watts.

L'intensité lumineuse, sous un angle de 45°, est de 483 candles. La moyenne entre l'intensité horizontale et l'intensité à 45° est de 315 candles. La dépense est donc de 0,63 watts par candle, c'est-à-dire quatre fois moindre qu'avec les lampes à incandescence. Ce n'est pas à dire que les petits arcs soient quatre fois plus économiques que les lampes à incandescence, car leur prix d'achat et leurs frais d'entretien sont relativement élevés. Une expérience suivie pourra seule fixer les idées sur les avantages respectifs de ces modes d'éclairage.

(L'Electricien).

LA FIBRE VULCANISÉE

En traitant par certains agents chimiques très puissants une fibre végétale finement pulvérisée, on obtient une nouvelle matière nommée *fibre vulcanisée*, très employée en Angleterre, notamment pour remplacer le caoutchouc. Elle se présente sous deux formes : la variété dure et rigide et la variété flexible.

La fibre vulcanisée, de texture fibreuse, est très mauvaise conductrice de la chaleur et de l'électricité, offre une grande résistance au frottement, ne se fendille pas et se rompt difficilement. L'eau, froide ou bouillante, est sans action sur elle ; les huiles et les graisses, à chaud aussi bien qu'à froid, ne la rendent ni molle ni collante, comme le cuir et le caoutchouc, souvent mis hors d'usage de cette manière. Elle est insoluble dans l'eau, le naphte et le pétrole. On lui donne généralement les couleurs gris clair, rouge indien, ou noire. Sa densité est 1, 3. La variété dure se laisse parfaitement travailler aux outils (scie, rabot, tour). Elle convient parfaitement pour la confection des coussinets, tourillons, douilles, etc., en général des pièces en contact avec des organes animés d'une grande vitesse, mais n'exerçant sur elles qu'une pression relativement faible.

La variété dure se laisse aisément coller : il est bon de se servir de colle de poisson et de rendre la surface rugueuse.

La fibre flexible est employée à tous les usages pour lesquels on se sert du cuir, avec lequel elle présente de grandes analogies. On la livre en feuilles de 1 mètre à 1m,60 environ, d'une épaisseur de 0,8 à 25 millimètres.

UN NOUVEAU CIMENT

Le colonel Szerelmey a inventé un nouveau ciment à base de fer, qu'il a nommé *Zopissa* et qui possède des qualités exceptionnelles. Il réunit énergiquement la brique à la pierre, la brique à la brique, la pierre au verre, au fer, etc., généralement deux substances solides quelconques. Deux bouteilles de champagne cimentées par les fonds supportèrent un poids de 125 kilogrammes et se rompirent par le goulot sous une charge plus forte. Deux briques ayant été réunies, une d'elles fut assujettie dans un étau ; l'autre supporta un poids de 167 kilogrammes, puis se brisa sans que le ciment indiquât la moindre rupture. Grâce au zopissa, on peut faire avec du papier des tubes, des cartouches, des panneaux émaillés pour les wagons et les voitures, voire même des maisons qui peuvent être transportées d'un endroit dans un autre sur une charrette à un cheval. Les journaux anglais demandent à l'amirauté d'essayer si une combinaison de couches alternatives de fer et de papier enduits de ce merveilleux ciment ne présenterait pas un blindage capable de resister aux projectiles les plus puissants.

LE CUIVRE COBALTÉ

On doit à M. Guillemin, ingénieur fondeur. à Paris, de nouveaux alliages formés de cuivre et de cobalt. Ces produits seront précieux dans la construction des machines : ils remplaceront avantageusement le cuivre rouge, sont plus tenaces, plus ductibles et plus malléables, et se prêtent bien au forgeage et au laminage. On les obtient en fondant au creuset du cuivre et du cobalt métalliques sous un flux d'acide borique et de charbon de bois.

Quand le prix de revient sera moins élevé, les applications du cuivre cobalté deviendront de plus en plus nombreuses ; il remplacera le cuivre et le métal homogène avec un poids moindre et une res stance beaucoup plus considérable.

DISTRIBUTION DE FORCE MOTRICE PAR L'AIR COMPRIME

La ville de Birmingham sera la première à jouir de cette invention. Elle va être pourvue d'une usine centrale d'où partiront des tuyaux qui distribueront l'air comprimé comme on distribue aujourd'hui le gaz ou l'eau. Si les prévisions se réalisent, la dépense ne s'élèverait, par cheval et par heure, qu'à 0 fr. 075. Ce serait une innovation des plus heureuses pour les industries qui n'ont besoin que d'une force minime ou qui n'emploient la force que d'une manière intermittente.

(*Génie civil*).

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR DURCIR LE PLATRE

Mêler 6 parties de plâtre ; 1 de chaux récemment éteinte et finement pulvérisée. On gâche comme à l'ordinaire, mais sans beaucoup d'eau.

Une fois sec ou imbibé avec la solution d'un sulfate quelconque à base précipitable par la chaux et à précipité insoluble, le sulfate de fer ou le sulfate de zinc. Avec ce dernier, l'objet reste blanc ; avec le premier, il prend une couleur de rouille. On laisse une heure dans la solution.

169,214. — 27 mai 1885. — SOCIÉTÉ DRIEDRICH et JAFFÉ, à Paris. — Moteur nouveau pour l'usage domestique et la petite industrie.

169,681. — 22 juin 1885. — DE GROUSILLIERS, à Paris. — Fabrication de l'aluminium (Al) au moyen du chlorure d'aluminium ($Al^2 Cl^6$) sans pression.

169,860. — 30 juin 1885. — Dr WILHOFT, à Paris. — Vulcanisation du caoutchouc.

169,720. — 23 juin 1885. — MOMBRAY, à Paris. — Composition nouvelle et procédés propres à la fabrication de l'ivoire factice.

170,209. — 20 juillet 1885. — RAVASSE, à Paris. — Siège mobile à vis à pas rapide et filet spécial.

170,226 et 170,227. — 21 juillet 1885. — DAY, à Paris. — Perfectionnements dans le composé vulcanisé dit : *Kérite*, et dans les procédés de fabrication du même (nos 1 et 2).

170,637. — 14 août 1885. — TARTENSON, à Paris. — Inhalateur automatique.

170,833. — 25 août 1885. — SEABURY, à Paris. — Procédé et appareil propres à la vulcanisation du caoutchouc.

170,907. — 29 août 1885. — DUFORT, à Paris. — Système de moteur électrique.

172,256. — 13 novembre. — WIESNER. — Nouvelle méthode pour produire des objets plastiques.

172,374. — 18 novembre. — BERGSTROEN et DEUTSCH. — Tour dentaire portatif à mouvement continu..

172,527. — 25 novembre. — GRATZEL — Nouveau procédé à produire de l'aluminium, et du bronze d'aluminium.

172,727. — 4 décembre. — CAZARETTI. — Nouveau procédé d'émailiage des dents, dit : *Emaillose.*

172,772. — 8 décembre. — MOTTE, Paris. — Nouveau bouchage fournissant du liquide en gouttes à divers usages, appareil nommé : *Distigoutte.*

172,793. — 8 décembre. — GRANDCOLLOT, Paris. — Tige de soutien articulée servant d'étais dans les appareils deprothèse.

172,851. — 11 décembre. — WIET, Paris. — Liquide chromo-excitateur dépolarisant applicable aux appareils galvano-caustiques.

172,989. — 17 décembre. — Société THÉODOR SCHMOB fils, à Paris. — Procédé servant à recouvrir les objets en fer d'une couche d'un blanc d'argent, inoxydable et résistante, composée d'un alliage fondu d'argent et d'étain.

172,996. — 18 décembre. — RUAULT, Paris. — Appareil chirurgical dit : *Aspirateur-injecteur.*

173,036. — 19 décembre. — ARMAGNAC, à Paris. — Flaçon compte-gouttes.

173.048. — 21 décembre. — TESTAULT et HUSSON, à Paris. — Nouvel irrigateur-injecteur atmosphérique.

173,153 — 30 décembre. — CHAUME et PERRIER, à Périgneux (Dordogne). — Nouveau système de fabrication d'accumulateurs d'électricité.

Pour extrait :

C. FIRON.

AVIS

Il est rendu compte de tout ouvrage intéressant l'Art Dentaire dont on fait remettre deux exemplaires au bureau du journal.

Les demandes de renseignements doivent être accompagnées d'un timbre pour la réponse.

Les concours pour les postes de professeurs suppléants et de chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris ont donné le résultats suivants :

Professeur suppléant du cours de thérapeutique spéciale : M. P. Dubois.

Professeurs suppléants de clinique : MM. Godon et Chauvin.

Chefs de clinique : MM. Gillard, Regnard et Tusseau.

Chef de clinique de prothèse : M. Meug.

Un dentiste de province désirant faire suivre à son fils le cours de l'Ecole dentaire de Paris, demande à le placer comme mécanicien chez un confrère de la capitale. Il se contenterait d'appointements très modérés.
L. L. au bureau du journal.

L'examen d'entrée, pour l'année scolaire 1886-87, à l'École dentaire de Paris, aura lieu le lundi 25 octobre 1886.

La deuxième session pour l'examen général aura lieu pour les épreuves pratiques, à partir du 25 septembre. Les examens théoriques commenceront le 14 octobre.

☞ La brochure annuelle de l'Ecole Dentaire de Paris sera envoyée à tous les dentistes de France, à partir du 10 octobre.

Nous en extrayons le chapitre traitant des conditions d'admission.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. Godon, 72, boulevard Haussmann.

Ou demander un exemplaire de la brochure, au siège de l'Ecole, 23, rue Richer.

CONDITIONS D'ADMISSION A L'ÉCOLE

Art. 91. — Tout étudiant dentiste désirant suivre les cours de l'Ecole Dentaire de Paris, doit :

1° Déposer son acte de naissance constatant qu'il est âgé de dix-sept ans au moins ;

2° Déposer une inscription avant l'examen ;

3° Présenter un certificat de bonne vie et mœurs ;

4° Avoir subi avec succès l'examen d'entrée, à moins qu'il ne se trouve dans une des catégories énoncées par l'article *Dispenses ;*

5° S'engager à payer au trésorier de l'Ecole la somme entière des droits à acquitter par les candidats aux époques fixées par les statuts et règlements qu'il doit se déclarer prêt à observer. Cet engagement doit être signé par un répondant solvable.

EXAMEN D'ENTRÉE

Art. 92. — L'examen d'entrée que doit subir tout étudiant qui désire suivre les cours de l'Ecole, se passe devant trois membres délégués du Conseil de Direction et se compose des matières suivantes :

Français: Dictée; Arithmétique: Fractions, système métrique ; Géographie générale, mais de la France spécialement ; Histoire générale, mais de la France spécialement ; Eléments de géométrie.

L'étudiant est, de plus, interrogé à son choix sur une des quatre matières suivantes :

Eléments de physique ; de Chimie ; d'Histoire naturelle ; de Mécanique.

Art. 93. — L'examen se compose de deux parties : l'une orale, l'autre écrite. Les examinateurs adressent, après l'examen, un rapport au Conseil de Direction, qui statue sur les admissions.

DISPENSES

Art. 94. — Sont dispensés de l'examen d'entrée, les candidats possédant l'un des deux baccalauréats, ès-sciences ou ès-lettres, l'examen de grammaire ou le brevet de l'enseignement spécial.

CONDITIONS SPÉCIALES D'ENTRÉE

Art. 95. — Tout dentiste pouvant justifier qu'il pratique l'Art Dentaire depuis au moins trois ans (apprentissage compris), ne sera tenu, pour obtenir le diplôme, que de suivre les cours de deuxième et de troisième année. Dans ce cas, il devra, pour être admis à suivre le cours de deuxième année, subir un examen comprenant les épreuves pratiques exigées à la fin du cours de première année,

Art. 96. — Tout dentiste pouvant justifier qu'il pratique l'Art Dentaire depuis au moins cinq ans (apprentissage compris), ne sera tenu, pour obtenir le diplôme, que de suivre le cours de troisième année. Dans ce cas, il devra, pour être admis en troisième année, subir un examen comprenant les épreuves pratiques exigées à la fin du cours de deuxième année.

Art. 97. — Tout dentiste de la province ou de l'étranger se trouvant dans les conditions de l'article précédent, pourra subir l'examen général et obtenir le diplôme, sans être tenu de suivre les cours, pourvu qu'il prenne les inscriptions à partir de la vingt-et-unième.

Art. 98. — Il lui sera adressé le sommaire des cours et la liste des livres que chaque professeur engage à consulter, de façon qu'il puisse étudier seul et être apte à passer l'examen général. Il ne devra acquitter que les droits du cours de troisième année.

Art. 99. — Ces mesures, toutes de transition, et faites dans le but, tout en relevant le niveau moral et scientifique de l'Art dentaire, de ne léser aucun intérêt et de donner toutes facilités aux praticiens qui sont animés du louable désir de s'instruire, n'auront d'effet que pendant une nouvelle période de cinq ans.

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat.

VOL. 6. Paris, Octobre 1886. N° 10

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR OCTOBRE 1886

ANATOMIE NORMALE

DES GROSSES MOLAIRES NPÉRIEURES ENVISAGÉES AU POINT DE VUE DE LA PATHOLOGIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Par M. CHAUVIN.

Communication présentée à la Société d'Odontologie, le mardi 12 Octobre 1886.

Au point de vue de l'anatomie descriptive, les grosses molaires inférieures ont été incomplètement étudiées par les auteurs. Dans Magitot, dans Tomes, on trouve au complet les renseignements histologiques; dans tous les auteurs la forme extérieure de ces dents est étudiée avec le plus grand soin. Magitot, dans son chapitre de l'Anatomie dentaire, article dent du Dictionnaire encyclopédique, donne les caractères différentiels des molaires avec une telle netteté que toute confusion semble impossible après l'étude de ce remarquable travail.

Nous ne saurions mieux faire que de citer sa description de la première grosse molaire inférieure.

» Des deux racines de cette dent, l'une est antérieure, l'autre postérieure. La racine postérieure est toujours plus divergente, moins grosse et plus ronde que l'antérieure qui est au contraire plus longue, plus plate et plus profondément sillonnée dans le sens de sa longueur. Ces deux racines présentent d'ailleurs un aplatissement dans le sens transversal de manière à indiquer la tendance à la division, c'est-à-dire à la séparation des quatre racines, ce qui nous fait dire que ces dents ont en réalité quatre racines au point de vue anatomique, tandis qu'elles n'en présentent que deux au point de vue chirurgical. »

Cette description paraît concluante et il semblerait qu'après en avoir constaté l'exactitude il ne resterait plus, dans la pratique des soins, qu'à déterminer les lésions pathologiques de la pulpe dans la chambre pulpaire et dans les quatre racines, et d'appliquer le traitement suivant ces données. Malheureusement Magitot ne s'occupe que de la forme extérieure et les conclusions de ses prémisses ne sont pas déduites dans son traité de médecine opératoire où certainement elles auraient dû trouver place.

Ce qui est vrai pour la première grosse molaire l'est également pour la deuxième, quelquefois même pour la troisième, tout au moins pour la racine antérieure; bien que la description de Magitot soit complètement muette à cet égard :

« Les racines de la seconde multicuspidée inférieure, dit-il, sont moins divergentes, c'est-à-dire plus rapprochées l'une de l'autre, que celles de la première; quelquefois même les deux racines de cette dent sont réunies, mais il est toujours facile de reconnaître la trace de leur soudure.

Les racines de la dent de sagesse inférieure sont plus courtes et moins divergentes que celles de la première grosse molaire. Ses racines sont souvent réunies plus ou moins complètement en une seule. Les racines de cette dent se dirigent en général très fortement vers la branche montante du maxillaire inférieur. »

Ces citations empruntées à Magitot, ne sont, du reste, que la reproduction mot à mot de plusieurs paragraphes de la thèse soutenue le 8 mars 1856 par le Docteur Henri Godet (voir pages 45 et 46 : *De l'Art du Dentiste au point de vue de la pratique médicale*.

Tomes décrit ainsi les racines des molaires inférieures :

« Les molaires inférieures s'implantent par deux racines, l'une antérieure, l'autre postérieure.

« Ces racines sont très aplaties dans le sens antéro-postérieur et très fréquement présentent, une légère courbure à concavité postérieure. Sur la partie moyenne de chaque racine existe un sillon vertical qui peut diviser complètement chacune d'elles et faire ainsi quatre racines; la division complète peut n'exister que

sur une des racines, auquel cas la dent s'implante par trois racines. »

« La seconde grosse molaire diffère peu de la première; ses racines sont un peu plus souvent réunies, et le cinquième tubercule est moins développé quand il existe. »

Cette description de Tomes n'a pas plus de conclusion que celle de Magitot au point de vue du traitement.

Dans aucun des autres traités que nous avons étudiés, rien ne laisse soupçonner les particularités que nous allons d'écrire.

Posons donc en principe que les molaires inférieures ayant au point de vue anatomique trois ou quatre racines possèdent forcément trois ou quatre canaux.

Au point de vue thérapeutique cette question est de la plus haute importance. Prenons comme exemple la première bicuspidée supérieure; il est admis que dans cette dent on cherche habituellement deux canaux et si, parce qu'elle a plus souvent une racine présentant des traces de bifidité que deux racines parfaitement distinctes, on se contentait de soigner un canal, si l'on n'en cherchait deux qu'exceptionnellement, si l'on considérait celles dans lesquelles on trouve deux canaux comme anormales; on s'exposerait, dans les cas de caries infectées, à de graves mécomptes.

C'est pourtant ainsi que l'on agit pour les grosses molaires inférieures. En effet, après avoir constaté que tous les auteurs sont muets sur cette partie de la médecine opératoire, nous avons fait part de nos observations personnelles à plusieurs de nos collègues, nous avons interrogé des élèves, nous leurs avons vu pratiquer le traitement rationnel des molaires inférieures et nous avons pu nous assurer que le principe que nous venons d'établir leur était à peu près inconnu.

Disons cependant que monsieur le professeur Poinsot avait, dans ses leçons, signalé, comme un fait possible, la présence anormale d'un troisième canal dans les grosses molaires inférieures; il a même indiqué un moyen pour essayer d'en reconnaître l'existence.

M. le professeur Levett attribuait certaines complications qui suivent le traitement à la présence exceptionnelle d'un troisième canal et, dans ces cas, en faisait pratiquer la recherche.

C'est dans notre pratique personnelle que nous avons puisé la certitude qui nous a déterminé à vous faire cette communication et pour la rendre évidente pour tous, nous avons voulu établir des proportions. Nous avons sectionné 100 molaires inférieures prises au hasard parmi les dents extraites à la clinique de l'Ecole et dans les canaux de ces dents nous avons passé des fils de fer.

Le temps nous eût certainement fait défaut, pour mener à bonne fin ce long travail, sans le précieux concours qu'à bien voulu nous prêter M. Papot, pour établir cette statistique, qui nous a donné les résultats suivants :

GROSSES MOLAIRES INFÉRIEURES

	1re	2me	Dents de sagesse	Total
A 4 canaux. . .	23	1	0	24
A 3 canaux. . .	38	28	5	71
A 2 canaux. . .	0	2	4	6
Totaux. . .	61	31	9	101

Première grosse molaire :

Vous remarquerez, Messieurs, que, contrairement à ce qui est généralement admis, sur les 61 premières grosses molaires inférieures que nous avons préparées, nous n'en avons pas trouvé ne possédant que deux canaux. La proportion peut ainsi s'établir : 37 o/o à 4 canaux et 63 o/o à 3 canaux. Nous sommes donc autorisé à conclure que l'on trouvera la racine antérieure pourvue de deux canaux.

Quant à la racine postérieure, elle n'en a deux que dans la proportion citée plus haut 37 o/o

Deuxième grosse molaire :

Bien que notre statistique semble établir que l'on peut trouver 4 canaux dans la proportion de 3 o/o, nous pouvons dire que c'est là un simple fait de hasard. Dans notre pratique nous ne souvenons guère que d'un cas semblable. Le fait le plus digne d'attirer votre attention c'est que la racine antérieure de cette dent est à peu près toujours pourvue de deux canaux 93 à 94 o/o

Troisième grosse molaire :

Le peu de dents de sagesse préparées ne nous permet pas de vous donner des chiffres bien concluants. Cependant plus de la moitié de ces dents possèdent deux canaux à la racine antérieure : 5 sur 9.

Les faits que nous avançons peuvent être contrôlés, ils sont rigoureusement exacts. Nous ferons même remarquer, qu'un certain nombre de racines présentant des traces de bifidité avec un canal large, renflé aux deux extrémités, mais rétréci dans le milieu de son entrée, de telle sorte que la sonde se trouve arrêtée si l'on veut la faire passer d une extrémité dans l'autre sans la retirer, bien que la communication ne soit pas interrompue ; nous ferons remarquer, disons-nous, que ces racines ont été classées parmi celles ne présentant qu'un canal. Il serait intéressant de rechercher : 1° A quel âge en moyenne la séparation médiane des racines larges s'effectue pour former deux canaux.

2° Si des causes pathologiques entrent en jeu concurremment avec les causes physiologiques pour effectuer cette division, et par conséquent la part qui peut revenir dans cette statistique à la calcification de la pulpe soit partielle, soit totale. Nous nous proposons de travailler cette question. Quoi qu'il en soit, au point de vue pathologique et thérapeutique, il est indispensable

d'être bien pénétré de la vérité du fait que nous affirmons ; car il est évident que bien des insuccès dans le traitement des caries du quatrième degré n'ont pas d'autre cause que l'infection persistante d'un canal non soigné.

J'ajouterai que pour la recherche des canaux, il est nécessaire d'apporter un soin tout particulier et de tenir compte dans la préparation de la cavité pulpaire des indications suivantes :

La cavité pulpaire doit toujours être largement ouverte, mais non agrandie, ce qui affaiblirait inutilement la dent. L'ouverture doit toujours se faire de dedans en dehors, le mur antérieur doit être taillé en biseau de façon, qu'aminci près du collet, il offre assez d'épaisseur et par conséquent de résistance au niveau du fond de la cavité. Il est toujours facile lorsque la chambre pulpaire est ainsi préparée de reconnaître le nombre des canaux. Dans une racine postérieure à canal unique, ce canal se trouve toujours dons le centre de la racine.

Dans la racine antérieure les deux canaux se trouvent toujours aux extrémités linguale et labiale de cette racine. Ils sont quelquefois tellement étroits, que l'on a de la peine à y faire pénétrer une sonde fine. Ce n'est, il est vrai, que dans les caries du troisième degré ; dans les caries du quatrième, le pus a le plus souvent ouvert assez largement les conduits des racines et le traitement est relativement facile. On comprendra qu'il est beaucoup moins important de retirer des nerfs aussi ténus, lorsque la décomposition n'est pas survenue, que de désinfecter les racines et dans les caries du troisième degré, l'ouverture de l'orifice facilite la dessication par l'air surchauffé et l'absorption d'un médicament anti septique, destiné à empècher la décomposition des débris restants.

Nous terminerons cette communication en déclarant que nous ne considérons pas notre statistique comme définitive. En somme, elle n'a porté que sur cent dents, et si cette question vous paraît intéressante, vous pourriez demander aux chefs de clinique, lorsqu'ils font pratiquer l'avulsion de molaires inférieures, de vouloir bien les faire classer, en indiquant l'âge du malade et l'affection qui a déterminé l'extraction de la dent. Nous pensons qu'on pourrait ainsi arriver à compléter l'étude des questions que nous vous soumettons.

M. Papot qui avait lu cette communication au nom de M. R. Chauvin retenu par les séances d'examen, l'appuie de l'observation personnelle suivante :

Novembre 1885. — M. S... âgé de 12 ans, très grand pour son âge, semble fortement anémié par suite de sa croissance rapide, il a de l'adénite très caractérisée, et le médecin consulté incrimine une première molaire inférieure droite qui est gâtée, il en recommande l'extraction. La mère m'amène l'enfant en me demandant de faire cette opération.

Après examen je constate que la pulpe est légèrement découverte, mais sans aucune inflammation. Persuadé alors que cette molaire n'est

pour rien dans l'adénite je refuse d'en pratiquer l'avulsion et je propose de soigner la dent. Madame S. veut en référer d'abord à son médecin, celui-ci prétend qu'on ne guérit pas une dent malade et ne consent à soigner l'adénite qu'après l'extraction faite.

Le 20 novembre l'enfant m'étant ramené, je parvins à faire comprendre à la mère que l'état de santé de son fils exigeait une bonne mastication, et qu'il était inutile de le priver d'un organe innocent du mal dont on l'accusait. Un traitement approprié fut conseillé pour l'adénite. Quant à la molaire, en toute autre circonstance, j'aurais tenté la conservation de la pulpe ; mais voulant éviter toute complication ultérieure, je préférai la dévitaliser par l'acide arsénieux; je recommandai de revenir le lendemain, mais pour ne pas déranger ses études on m'amena le patient seulement le jeudi suivant.

26 novembre. — Enlèvement de la pulpe en pleine décomposition, le canal postérieur est facilement débarrassé. Quant au canal antérieur, l'enfant fatigué, très indocile, ne veut plus se laisser faire, je place alors une mèche phéniquée dans le canal postérieur et remets au lendemain le nettoyage du canal antérieur.

Le 3 décembre seulement je revois mon malade et c'est avec beaucoup de difficultés que j'enlève les débris dans le canal antérieur, son orifice n'est pas fixé exactement au centre de la largeur de la dent, mais cependant pas assez de côté pour me faire supposer un double canal, d'autant plus qu'à cette époque M. Chauvin n'avait pas attiré mon attention sur la présence normale des trois canaux, je place ensuite des mèches phéniquées.

10 décembre. — L'adénite est en voie de résolution. En raison de l'intervalle apporté entre chaque pansement j'hésite à fermer définitivement la dent bien que je n'y trouve aucune odeur, et voulant expérimenter le procédé que M. Gillard venait de vous communiquer, je juge prudent après avoir surchauffé les canaux de les obturer seulement au charbon ainsi que la cavité pulpaire que je ferme ensuite avec de la gutta.

4 janvier 1886. — La gutta est en bon état, l'adénite est guérie, je remets l'obturation définitive aux vacances de Pâques, mais de négligence en négligence, ce n'est seulement que le 2 octobre que mon patient revient. La gutta commence à s'user et l'on voit paraître le charbon. Je conçois des inquiétudes bien légitimes sur la santé de la dent; en la débouchant je constate d'abord de l'odeur dans le charbon enlevé de la cavité pulpaire, mais je fus très étonné en poursuivant le débouchage de trouver les 2 canaux absolument secs et inodores. En cherchant minutieusela cause de l'odeur perçue je finis par découvrir un canal existant sur la partie externe de la racine antérieure, et tandis que les deux canaux bouchés au charbon s'étaient maintenus en très bon état, le troisième au contraire aurait pu dans un bouchage définitif m'occasionner un fâcheux mécompte.

Conclusion : Il est de toute nécessité de s'assurer du nombre des canaux dans les molaires inférieures, et tous doivent être désinfectés avec le plus grand soin.

———

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE

Obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique, ou d'une solution simple d'acide phénique, pour l'avulsion des dents.

Par M. G. Viau

Professeur à l'École dentaire de Paris.

A la dernière séance de la Société d'odontologie (mardi 12 octobre 1886), je me suis trouvé conduit à faire hâtivement une communication sur mon procédé d'anesthésie locale par les injections de cocaïne et d'acide phénique, en signalant rapidement les succès constants que m'avait jusqu'alors donnés ce procédé. — J'apportais à l'appui, le résumé de 41 observations, tirées de ma pratique personnelle. Je viens aujourd'hui compléter l'exposé que j'ai fait alors, donner les détails de mon *modus faciendi* et publier de nouveaux cas, complètement confirmatifs des premiers.

Il est inutile de revenir ici sur l'historique de la question qui est connu de tous et qui a été reproduit à maintes reprises.

Rappelons toutefois qu'au début de la découverte de la cocaïne, M. Dujardin-Beaumetz, en s'appuyant sur l'autorité de MM. Galippe et Magitot, affirmait que ce médicament ne donnerait jamais de résultats sérieux pour la pratique dentaire. Malgré ce jugement peu favorable, la cocaïne fut expérimentée à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris pendant les derniers mois de l'année 1885 et les premiers mois de l'année 1886 par plusieurs de nos collègues du corps enseignant. Le Dr Aubeau entre autres obtint des résultats incontestables en appliquant localement des tampons de coton imbibés d'une solution de cocaïne (à 5 ou 7 0[0) et en faisant suivre ou non, ces applications de pulvérisations d'éther.

L'anesthésie était complète toutes les fois que la dent était ébranlée ou toutes les fois qu'il existait un certain degré de résorption alvéolaire. — Le Dr Aubeau eut même recours à des injections sous-gingivales de cocaïne, mais la solution employée étant trop faible, les résultats ne furent encore que partiels (Voir Odontologie, janvier 1886).

A la suite de ces expériences, j'appliquai ce procédé dans ma pratique privée et je dois le dire avec des résultats quelquefois complets, souvent satisfaisants, toujours encourageants.

En septembre 1886 M. Telschow vint vulgariser à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris la méthode de Witzel (voir le dernier nº de l'Odontalgie, articles de MM. Dubois et Thioly) et nous surprit par la constance absolue de ses succès.

Dans tous les cas, en effet, l'anesthésie était complète, ou suffisante, même lorsque les opérations étaient difficiles et prolongées.

Toutefois ces expériences me laissaient des appréhensions : deux malades sur huit eurent consécutivement des troubles généraux

d'un caractère inquiétant, quelques autres éprouvaient des malaises moins graves, mais assez marqués pour imposer des réserves. Voici dès lors comment la question se posa dans mon esprit : trouver, si elle existe, la dose *minima* de cocaïne à employer. C'est à dire une dose capable de produire l'anesthésie locale, sans provoquer ces troubles généraux, signalés par tous les auteurs qui se sont occupés de ce mode d'anesthésie. Mais la question ainsi posée se trouvait en quelque sorte résolue à l'avance.

Le Dr Aubeau avait employé pour ces expériences une solution à 5 o[o, c'est à dire que chaque seringue de Pravaz, contenant un gramme d'eau distillée, ne renfermait que 5 centigrammes de cocaïne, dose insuffisante pour les cas dans lesquels les racines sont solidement implantées dans l'alvéole. M. Telschow injecte directement 10 centigrammes de cocaïne, dose évidemment trop forte, puisque dans un certain nombre de cas elle produit des troubles généraux.

J'avais donc à chercher entre 5 et 10 centigrammes de cocaïne. Mais alors me vint une autre idée. Je pensai à associer à la faible dose de cocaïne 5 centigrammes, un autre anesthésique local qui joindrait son action propre à celle de la cocaïne, sans provoquer de retentissement sur l'état général. Cette seconde substance, *c'est l'acide phénique.*

M. Telschow phénique légèrement sa solution de cocaïne afin de la stériliser. Pour moi, je vois dans l'acide phénique un agent autrement important. Les propriétés anesthésiques de cet acide pur ou concentré sont connues de tous ceux qui en ont fait usage. Il est l'anesthésique par excellence de la dentine sensible, M. le professeur Poinsot a attiré l'attention sur cette propriété. Moi-même, je mets à profit depuis longtemps le pouvoir anesthésique de l'acide phénique pour prendre l'empreinte de la mâchoire supérieure dans le cas où le patient est intolérant et éprouve des nausées au contact du moindre corps étranger avec la voûte palatine, notamment les cas difficiles des empreintes au plâtre, En pareille circonstance je fais gargariser, séance tenante, le patient avec de l'eau phéniquée. Cette pratique insensibilise suffisamment la voûte et le voile du palais pour que je puisse prendre l'empreinte tout à mon aise. En outre, le patient me raconte le lendemain que l'anesthésie s'est prolongée au point que le sens du goût a été chez lui complètement émoussé, pendant plusieurs heures.

Je n'ai pas à faire ici de bibliographie, mais je me rappelle avoir lu dans les journaux de médecine, des cas où ce mode d'anesthésie a été mis à profit pour faire certaines opérations chirurgicales. Nous savons tous qu'une application d'une solution phéniquée sur la gencive permet d'inciser la muqueuse sans que le malade éprouve la moindre douleur.

En partant de ces données je fis une solution exactement titrée de 2 *grammes d'acide phénique cristallisé dans* 100 *grammes d'eau distillée.* C'est-à-dire à peu près la quantité maxima

soluble dans l'eau. Cette solution bien que forte n'est aucunement caustique.

Je fis chez deux patients différents, l'injection de 50 centigr. de cette solution sous la gencive et j'obtins dans les deux cas, une anesthésie suffisante pour inciser chez l'un, scarifier profondément chez l'autre, sans qu'ils en eussent conscience.

Je me pris alors comme sujet d'expérience, et je pus me convaincre que cette anesthésie a la plus grande analogie comme degré, avec celle que l'on obtient en appliquant des compresses imbibées d'une solution de cocaïne.

Je pensai dès ce moment que peut-être l'injection phéniquée pouvait seule donner une anesthésie suffisante pour l'avulsion des dents, dans la généralité des cas. (Ces prévisions se sont depuis parfaitement réalisées, ainsi que nous le verrons plus loin.)

Le Dr Aubeau à qui je communiquai les résultats de mes expériences et mes espérances me confirma pleinement dans mes idées en me rappelant d'une part que dans les opérations de longue durée, pour lesquelles on a recours à la méthode de Lister (pulvérisation continue d'eau phéniquée au 40e), les mains de l'opérateur et celles des aides deviennent le siège d'une insensibilité remarquable, et que d'autre part certaines névralgies et douleurs rhumatismales guéries par des injections d'une solution de morphine, le sont également, dans certains cas, par des injections d'eau distillée simple.

En cherchant l'interprétation de ce phénomène, j'en arrivai à attribuer à la distension des tissus par les liquides injectés quels que soient d'ailleurs ces liquides, et toute réserve faite pour leurs propriétés spéciales, une action anesthésique, action que l'on peut expliquer par le tiraillement, la compression, l'anémie momentanée des filets nerveux de ce tissu.

Tel est l'exposé des faits qui ont servi de base à mon procédé anesthésique.

Je vais maintenant décrire mes deux modes d'anesthesie :

1° Anesthésie à l'aide d'injections sous-muqueuses d'un mélange de solution cocaïnée et phéniquée.

2° Anesthésie à l'aide d'injections sous-muqueuses d'une solution phéniquée simple.

§ I.

Anesthésie locale obtenue à l'aide d'injections sous-muqueuses de solution de cocaine et d'acide phénique mélangées.

Avant d'aborder la description de ce procédé, il me reste à décrire une expérience que j'ai faite dans le but de rechercher les prspriétés d'un solution de cocaïne pure (*alcaloïde*) dans l'acide phénique pur cristallisé.

En mélangeant une partie d'acide phénique et deux parties de cocaïne, et en chauffant très légèrement on obtient un produit

d'aspect sirupeux qui conserve la coloration de l'acide phénique pur, mais dissous, c'est-à-dire rosé, et l'odeur atténuée de cet acide.

La saveur est au contraire notablement modifiée. L'acide phénique a perdu sa causticité et son goût particulier. En appliquant ce produit sur la gencive ou sur la langue, on éprouve une sensation d'ardeur avec le goût d'acide phénique atténué et laissant percer l'amertume de la cocaïne. Au bout de quelques secondes, la saveur et l'odeur de l'acide phénique disparaissent complètement en même temps que la sensation d'ardeur perçue au moment du contact ; seule persiste la saveur de la cocaïne avec insensibilité complète à la douleur.

Ai-je obtenu de cette manière, un *phénate de cocaïne,* ai-je affaire à une simple solution ? Je laisse à des hommes plus compétents le soin de résoudre cette question. Quoi qu'il en soit, j'ai ainsi un produit qui répond pleinement à mes prévisions.

Ceci dit, entrons dans le corps de la question.

Afin d'éviter des redites inutiles j'établis immédiatement que la partie opératoire de mon mode d'anesthésie est exactement le même que celle de M. Telschow.

Le point qui m'est personnel consiste dans le dosage et la composition de mon mélange.

J'ai sous la main :

1° La solution filtrée :

Acide phénique cristallisé.	2	grammes
Eau distillée.	100	—

2° Des paquets de 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Je fais dissoudre, au moment même de l'usage, les 5 centgr. de cocaïne dans 50 centigr. de la solution phéniquée, et j'injecte lentement moitié du mélange à la face labiale, moitié à la face palatine ou linguale, en un point situé entre le collet de la dent, et l'endroit présumé de l'extrémité de la racine à ou 3 millimètres de cette extrémité.

J'ai soin de maintenir un doigt de la main gauche sur la piqure, la seringue étant encore dans la plaie, de façon à empêcher le liquide de refluer au dehors, j'entoure le champ opératoire de tempons d'ouate destinés à recueillir les quelques gouttes qui peuvent s'échapper de la seringue, de façon à éviter la pénétration du liquide anesthésique du côté des voies aeriennes ou digestives.

Les deux piqûres faites, j'ordonne au malade de se laver la bouche avec de l'eau fraîche en attendant l'écoulement des 5 minutes qui précèdent l'opération.

Au bout de 3 minutes les parties molles sont complètement insensibles, une piqûre très profonde n'est déjà plus perçue. Entre la cinquième et sixième minute, j'opère.

Ce procédé m'a toujours donné des résultats complets au point de vue de l'anesthésie. Quand aux troubles généraux, je ne les ai jamais constatés.

Le malade qui fait le sujet de l'observation 53 a subi dans l'intervalle de 10 minutes l'avulsion des racines des deux petites molaires supérieures gauches et celle des trois racines de la première grosse molaire supérieure droite, ainsi que celle d'une racine de la molaire suivante, c'est-à-dire que je lui ai injecté en deux fois, dans ce laps de temps 10 centigrammes de cocaïne dans un gramme de ma solution. Il n'a pas éprouvé le moindre malaise, et le docteur Aubeau qui assistait à cette opération n'a constaté du côté du cœur, du pouls, des organes respiratoires et autres aucun trouble fonctionnel.

Ce malade n'est pas le seul qui ait été opéré deux fois dans une même séance, ainsi qu'on s'en rendra compte par la lecture de mes observations.

Celles-ci sont aujourd'hui au nombre de 71, toutes confirment les faits que je viens d'exposer et m'autorisent à dire qu'en ayant recours à mon procédé on est sûr d'obtenir une anesthésie complète, sans retentissement sur l'état général.

J'ai opéré des sujets des deux sexes et de tout âge (23 sujets de 7 à 15 ans, sur 71 cas) quelques-uns présentaient un état nerveux ou anémique bien propre à favoriser les complications. Néanmoins celles-ci ne se sont jamais produites (1).

§ II.

Anesthésie localeobtenue à l'aide d'injections sous-muqueuses d'une solution phéniquée simple.

Assuré des résultats de mon premier mode d'anesthésie, je suis revenu à l'idée d'obtenir l'insensibilité par les injections d'eau phéniquée simple.

Dans ce but j'ai pris au hasard, à la Clinique de l'Ecole dentaire de Paris, le 17 octobre 1886, cinq sujets atteints de carie incurable.

J'ai injecté à chacun de ces sujets, en me conformant au manuel opératoire précédemment décrit 50 centigrammes de solution phéniquée pure (à 2 0[0) en deux fois, moitié à la face labiale, moitié à la face palatine ou linguale.

Dans deux cas j'ai obtenu une anesthésie complète. dans les trois autres une atténuation presque complète de la douleur.

Ces faits, encore peu nombreux et que je me propose de multiplier, suffisent à prouver le bien fondé de mes prévisions, indiquent que l'acide phénique joue un rôle anesthésique incontestable presque égal à celui de la cocaïne, et permettent d'espérer que par la suite il sera possible de diminuer encore les doses de cette substance et, par conséquent, d'écarter plus que jamais les chances

(1) Faute de place ces observations seront publiées dans le prochain numéro.

d'accidents généraux tout en obtenant une anesthésie locale absolument complète.

OBSERVATION I.

Livre de clinique : n° 319 (série d'octobre 1886. — Mlle Scheart, 18 ans; première grosse molaire inférieure droite, abcès alvéolaire.

Injection phéniquée simple suivant notre méthode, cinq minutes après, avulsion; pas de douleur.

OBSERVATION II.

N° 321 (série d'octobre 1886). — M. Ledoux, 21 ans, incisive centrale inférieure, pulpe morte, abcès alvéolaire. En raison de l'âge du sujet et du resserrement des autres incisives, nous conseillons l'avulsion de cette dent.

Malade pusillanime et très effrayé. Nous le persuadons néanmoins de l'avantage de l'opération et il y consent.

Injection phéniquée simple suivant notre méthode. Cinq minutes après avulsion de la dent à l'aide d'un davier approprié. La luxation nécessite une grande force. Le malade n'éprouve aucune douleur, il a eu simplement la sensation de contact et de traction Pas le moindre malaise consécutif.

OBSERVATION III

N° 332 (série d'octobre 1886). — Mlle Battendier, 18 ans, avulsion de deux racines de la première grosse molaire inférieure droite, atteinte de périostite.

Injection phéniquée simple, cinq minutes après, extraction de la racine antérieure. Aucune douleur. Séance tenante, extraction de la racine postérieure, légère sensibilité. La malade n'a fait aucun mouvement, le faciès ne s'est pas modifié. Aucun malaise.

OBSERVATION IV

N° 325 (série d'octobre 1886). — Mme Charriaux, 36 ans, deuxième molaire supérieure gauche, périostite.

Injection phéniquée simple, cinq minutes après avulsion de la dent; la malade ne crie pas et déclare avoir beaucoup moins souffert que pour les avulsions précédemment subies. Aucun malaise consécutif.

OBSERVATION V

N° 327 (série d'octobre 1886). — M. Val, 32 ans, dent de sagesse inférieure droite, évolution incomplète, le malade souffre beaucoup, n'a pas dormi la nuit précédente et n'a pris aucun aliment, sauf un bol de lait, depuis la veille.

Injection phéniquée simple, six minutes après avulsion très laborieuse, la racine est courbe et très volumineuse. Le malade

déclare avoir été opéré l'année dernière, et avoir atrocement souffert, il dit même avoir eu une faiblesse. Cette fois-ci il a une faiblesse qui ne dure pas d'ailleurs. La doulcur a été insignifiante.

LA RÉFORME DE L'ART DENTAIRE

Projets de réforme en Belgique

Par M. Ch. Godon.

Il s'est produit depuis ces dix dernières années en Europe, dans l'Art Dentaire, un mouvement de réforme des plus intéressants et qui a apporté dans l'exercice et dans l'enseignement de cet art, des modifications importantes.

En Amérique, depuis 1840, date de la fondation de la première école dentaire, la vie professionnelle avait pris une grande intensité par suite de la fondation d'écoles et de sociétés dentaires.

L'Angleterre, seule en Europe, avait, depuis 1859, suivi cet exemple.

A part quelques modifications aux lois régissant l'exercice de l'Art Dentaire, l'activité professionnelle en tant que groupe corporatif, avait été presque nulle sur le continent.

Mais depuis dix ans, l'on a fait de nombreux et d'heureux efforts pour rattraper le temps perdu.

C'est la France qui a ouvert la voie. En effet, vers 1879, à la suite de réunions des dentistes de France, la réforme de notre art a été à l'ordre du jour.

Une nouvelle société, le *Cercle des Dentistes* de Paris, a pris bientôt la direction du mouvement qui a abouti à la création de l'*Ecole Dentaire de Paris* et des institutions qui en ont été la conséquence.

De tous les côtés, nos voisins du continent ont imité notre exemple. Ils ont de suite fondé des groupements professionnels qui ont provoqué ou créé des réformes de notre art dans leurs pays respectifs.

Naturellement, chacune de ces réformes a été en rapport avec les habitudes, les mœurs et le régime gouvernemental des pays où elles ont été conçues et devaient être appliquées.

Cependant, d'une façon générale, on peut dire qu'elles ont constitué un progrès sur l'état précédent.

La Suisse, l'Allemagne, l'Autriche, la Russie ont suivi tour à tour l'exemple que l'Amérique, l'Angleterre et nous-mêmes leur avons donné en créant notamment des écoles, des Sociétés et des journaux professionnels.

En France, deux principes se sont trouvés en présence lors du mouvement réformateur. Ils ont divisé les membres de la profes-

sion en deux camps opposés et ont donné lieu à la plus vive polémique.

Ces principes, qui nous semblent devoir exercer sur la marche de la profession une influence différente suivant que l'on adoptera l'un ou l'autre, pouvaient se résumer ainsi :

1° L'Art Dentaire devait-il être considéré comme une profession spéciale réclamant la création d'un enseignement spécial donné dans des écoles *ad hoc* ?

ou bien:

Devait-il être assimilé à l'Art Médical et le dentiste obligé d'obtenir tout d'abord ses grades en médecine ?

Dans le cas où l'on adoptait la première solution, il se posait la question suivante :

2° L'exercice de l'Art Dentaire devait-il être libre ou réglementé par l'Etat ?

Le *Cercle des Dentistes de Paris*, qui s'était nettement prononcé pour la spécialisation, l'autonomie de l'Art Dentaire et la liberté d'exercice, a, par le succès de ses créations, paru assurer en France le succès de ces deux principes.

A l'étranger, la question n'a pas toujours été aussi nettement posée.

Certains pays n'ont pas adopté, comme la France, la liberté d'exercice, ou comme l'Allemagne, la liberté avec diplôme d'Etat non obligatoire.

Tous cependant ont admis le premier principe que nous annoncions tout à l'heure, la *spécialisation*, *l'autonomie de l'Art dentaire*, et ont provoqué, soit par l'Etat, comme en Suisse, soit par l'initiative privée, comme à Paris, à Leipsig, à Saint-Petersbourg, etc., la création d'écoles professionnelles dentaires.

La Belgique, qui jusqu'alors était restée stationnaire, sujette à une réglementation exigeant un examen dérisoire, vient à son tour prendre sa place dans le mouvement réformateur.

En effet, la *Revue odontologique de Bruxelles* publie dans son numéro de juillet 1886, un mémoire présenté par MM. Quinet et Van Blaeren à l'*Académie de médecine de Belgique*, sur la *réorganisation de l'Art dentaire et la création d'un ensignement odontologique*. Ce rapport a été d'abord discuté puis adopté par la *Société odontologique de Belgique*.

A la suite des efforts des membres de cette Société, l'Académie de médecine de Belgique s'est occupée de la question et a nommé une commission *ad hoc* composée de MM. les Drs de Roubaix, Soupart et Deneffe qui a déjà déposé un rapport. Les conclusions des rapporteurs sont à peu près les mêmes que celles de la Société odontologique (1).

---

(1) Voir la *Semaine médicale*.

Par suite de ce fait, le rapport que nous allons étudier acquiert une importance assez grande pour que le gouvernement belge en tienne compte, soit convaincu de la nécessité de la réforme réclamée.

Nous allons donc étudier ce rapport et envisager les conséquences que son adoption pourrait avoir sur le développement de l'Art dentaire chez nos voisins.

Nous tenons tout d'abord à constater que le rapport, à l'exemple des pays étrangers, se prononce nettement contre l'assimilation de l'art dentaire à l'art médical, pour sa spécialisation et la création d'un enseignement spécial donné dans des écoles dentaires fondées dans ce but. Nous adressons nos félicitations aux rapporteurs à ce sujet. Ce premier résultat ne peut être que très heureux pour la marche de l'odontologie en Belgique.

Quant à la liberté d'exercice nous devons constater qu'elle n'est citée que pour la regretter (page 207). Il n'est même pas fait mention des pays où elle existe, des polémiques qu'elle a soulevées, des arguments qu'on a fait valoir en sa faveur.

C'est là une lacune regrettable, et nous aurions été heureux de voir les rapporteurs indiquer aux membres de leur Société tous les pays où cette solution est admise, et réfuter les arguments qui ont été présentés en faveur de la liberté d'exercice, arguments qu'a fort bien résumés M. le professeur P. Bert à la 5e séance d'inauguration de l'Ecole(1).

Peut-être cette exposition eût-elle influencé nos confrères belges. En tout cas, ils auraient pu se prononcer en connaissance de cause.

Nous ne pouvons que regretter que dans un pays aussi libéral que la Belgique l'on n'ait pas réclamé l'adoption d'une solution qui est admise, non seulement en France, depuis 1790, mais encore en Allemagne.

Le rapport de MM. Quinet et Van Blaeren se divise en quatre parties.

Dans la PREMIÈRE *les auteurs s'efforcent de faire apprécier l'importance qu'il y a à posséder une corporation bien composée de praticiens dentistes; ils font voir ensuite ce qu'elle a été jusqu'ici, ce qu'elle pourrait et ce qu'elle devrait être.*

Dès le début de ce rapport nous trouvons une contradiction qu'il nous paraît nécessaire de signaler: en effet, après avoir affirmé la nécessité de créer un enseignement odontologique spécial, nous voyons le rapport tenter de prouver que la dentisterie est une spécialité faisant partie intégrante du domaine médical, et à l'appui de cette opinion il cite toutes les sciences médicales, toutes les spécialités avec lesquelles l'odontologie est en rapport plus ou moins direct. On aurait pu citer toutes les sciences dites accessoires, comme la physique, la chimie, la méca-

(1) Voir *Odontologie* numéro de novembre 1884.

nique, etc., et un grand nombre d'arts, tels que celui du bijoutier, du mouleur, du sculpteur, de la céramique, etc.

Mais alors on aurait été conduit à conclure que l'Art dentaire *est plus qu'une spécialité, qu'il constitue un art à part*, comme cela est indiqué plus loin dans la quatrième partie (page 209).

Cette première partie se termine par une description des avantages qui résulteraient de l'adoption des modifications proposées. et particulièrement de la disparition du *charlatanisme sous toutes ses formes*; voici une affirmation qui me paraît un peu risquée, et je crois peu à la puissance des règlementations pour faire disparaître le charlatanisme *sous toutes ses formes*; ce qui se passe dans la profession médicale, dûment réglementée pourtant, en est un exemple frappant.

La DEUXIÈME PARTIE contient une brève étude critique de la législation dentaire en Belgique.

C'est la loi sur l'art de guérir de 1818 qui régit l'obtention du diplôme de dentiste en Belgique, loi qu'un arrêté royal du 31 décembre 1884 a modifiée de deux façons; 1° en unifiant le diplôme qui était antérieurement provincial; 2° en exigeant des candidats un certificat de deux années de stage chez un praticien.

Ces dispositions sont naturellement insuffisantes; du reste ce sont des commissions médicales qui font subir l'examen, commissions qui avouent une incompétence absolue.

L'examen, qui porte sur des notions restreintes d'anatomie, de physiologie, de pathologie d'art du dentiste et de prothèse dentaire, se compose d'une épreuve écrite de deux heures et d'une épreuve orale de quarante-cinq minutes; l'épreuve pratique se borne à une extraction *sur le cadavre!* (quand il y en a, ce qui n'est pas toujours le cas, paraît-il).

Voilà une description d'un examen d'état qui vaut toutes les critiques, et il nous semble qu'après cela il n'y aurait eu qu'il conclure à l'incompétence de l'Etat en ces matières; la liberté d'exercice valant cent fois mieux.

En effet, on ne doit pas oublier qu'après cet examen ridicule, l'Etat donne avec son diplôme son estampille au candidat et le privilège exclusif de soigner les mâchoires de ses concitoyens, auxquels il le recommande; il induit ainsi en erreur le public en lui fournissant des dentistes qu'il garantit bien instruits dans leur art, alors qu'il n'en a eu que des preuves insuffisantes et dérisoires.

Les rapporteurs, au contraire, concluent à la nécessité d'une nouvelle loi régissant la profession dentaire. — Ils espèrent que l'Etat fera mieux cette fois,

La TROISIÈME PARTIE passe en revue les législations étrangères.

Cette partie du rapport nous paraît très incomplète. Ainsi dans l'Allemagne, qui est citée la première, nous y voyons l'ordonnance du 25 septembre 1869 qui régit les examens spéciaux créés pour les dentistes; mais il n'y est pas indiqué du tout que l'art dentaire est libre, que les examens ne sont pas obligatoires, ni le

diplôme d'Etat qui ne fait que conférer le droit de prendre le titre de *Zahn Arzt*, mais que les dentistes sans diplôme peuvent exercer librement sous le titre de Zahn techniker ou de Zahn kunstler.

Cette loi méritait d'être citée en entier, car elle est à notre avis la meilleure des solutions; l'Etat peut, pour ses divers services, trouver des praticiens qui lui offrent les garanties qu'il lui a plu de leur réclamer, mais il ne les impose pas au public qui est libre de choisir.

L'Angleterre, qui vient après, est régie depuis 1878 par une loi spéciale, le *Dentist art*; mais avant cette époque, l'art dentaire était libre.

Le progamme d'études dont parlent les rapporteurs est singulièrement exagéré. Ce n'est pas quatre années, mais deux, il y a eu confusion, on a additionné des temps d'études qui se faisaient simultanément.

Dans la Suisse, il n'est pas parlé non plus du régime général qui est là encore la liberté d'exercice avec certaines restrictions cantonales.

Quant à l'école dentaire de Genève dont on nous dit le plus grand bien parce que c'est une école d'Etat, les lecteurs de l'*Odontologie* savent à quoi s'en tenir.

Fondée en 1881, sur le modèle de l'Ecole Dentaire de Paris, cette école n'a pas tardé à perdre de son importance, par suite de sa direction plus médicale que professionnelle et de ses tendances à tourner à l'industrialisme.

La Hollande nous fournit un excellent exemple des avantages de l'assimilation de l'Art dentaire à l'Art médical réclamée par quelques-uns.

En 1867, l'exercice de l'Art dentaire qui avait été régi par la loi belge de 1818 fut subordonné à l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

On fut obligé de changer cette législation en 1876, car de 1867 à 1876 deux dentistes seuls avaient réussi à s'établir dans ces conditions (nous dit le rappsrt).

En Autriche, les dentistes sont, paraît-il, obligés d'être docteurs. Je soupçonne là encore une erreur d'interprétation, car il y est dit qu'il y a des dentistes secondaires, *Zahn techniker*, qui ne sont que de simples mécaniciens. Cela ressemble assez à ce que nous avons vu plus haut pour l'Allemagne.

Sur les Etats-Unis, il n'est donné que peu de renseignements. L'Art dentaire n'y est réglementé que dans un certain nombre d'Etats et par suite de règlements intérieurs.

Les écoles dentaires y sont nombreuses, près de cent, fondées en dehors de l'Etat qui leur accorde seulement des chartes spéciales. Au bout de deux années d'études, elles délivrent le diplôme de D. D. S. (Docteur in Dental Surgery); en faisant une troisième année, on obtient le titre de M. D. (Médical doctor).

La France vient ensuite. — Pourquoi sommes-nous relégués

dans cette étude après la Hollande ou la Suisse, après les Etats-Unis ou l'Allemagne. Nous devons y voir une intention spéciale dont il faut savoir gré aux rapporteurs. Le rapport sur la France est aussi incomplet que les précédents; pourtant d'après nos renseignements ce ne sont pas les documents qui ont manqué.

L'art dentaire est libre chez nous, on le constate, mais pour le regretter.

La fondation de l'*Ecole dentaire de Paris* y est citée très brièvement.

La QUATRIÈME PARTIE nous semble être la meilleure de ce rapport; elle le résume en posant et en résolvant les quatre questions suivantes :

1° L'exercice de l'Art dentaire doit il être subordonné à l'obtention du grade en médecine?

2° Ou tout au moins les études préliminaires doivent-elles comporter comme minimum le grade de candidat en médecine? (1)

3° Faut-il créer un enseignement dentaire spécial dans une école et avec des professeurs *ad hoc*?

4° Peut-on confondre certaines parties de cet enseignement avec l'enseignement de la médecine générale?

Quant à la première question, le rapport répond nettement par la négative en s'appuyant sur l'exemple des pays étrangers.

« Ce serait un obstacle au recrutement bien entendu de la pro-
» fession. La technique dentaire nécessite un long apprentissage.
» Il faut que le dentiste soit reconnu suffisant comme théoricien
» et opérateur, mais qu'il soit aussi dûment expert comme tech-
» nicien, avant d'être lancé dansla circulation, etc.

On cite l'argument émis en France par la Faculté à propos des pétitions Audibran et Andrieu. »

« La technique dentaire exige un stage de deux ou trois ans
» chez un praticien ou dans une école dentaire. Or, ce stage,
» joint à l'obligation du doctorat imposerait à un art très limité
» au point de vue médical une plus lourde charge qu'à l'art
» médical tout entier, et conférerait aux dentistes une sorte de
» supériorité sur les médecins ordinaires puisqu'ils seraient tenus
» d'apprendre davantage et de subir plus d'épreuves. Il faudrait
» donc pour être médecin et dentiste, à moins de facultés excep-
» tionnelles, près de neuf années d'études — cela est-il admis-
» sible? »

Nous sommes très heureux de voir exprimer si nettement dans cette dernière partie du rapport, tous les arguments que nous n'avons cessé de répéter partout depuis six ans.

Il est vrai que cela est un peu en contradiction avec le début du rapport. Est-ce parce qu'il y a eu deux collaborateurs?

Par exemple, il est déclaré plus loin que le grade de docteur en médecine donnerait à ceux qui le possèdent le droit d'exercice

---

(1) Le programme de l'examen de candidatures en sciences naturelles et en médecine correspond à peu près à nos baccalauréats, un peu plus étendu cependant.

pour la spécialité dentaire. Après ce qui a été dit plus haut nous comprenons peu ce privilège.

Le rapport, trouvant le programme de l'examen de candidatures en sciences naturelles et en médecine trop chargé pour être imposé à des dentistes, propose d'en extraire certaines parties et d'en faire un programme spécial.

Nous sommes d'autant plus de cet avis, qu'il nous semble difficile d'étendre indéfiniment la partie scientifique du programme sans nuire à la partie artistique, manuelle, les aptitudes et le temps d'études du futur dentiste étant forcément limités.

Les rapporteurs affirment nettement la nécessité de créer un enseignement dentaire; de fonder pour cela une école spéciale avec des professeurs dentistes.

Ils souhaitent naturellement que cette école soit établie à Bruxelles et qu'il n'y en ait qu'une, contrairement à l'opînion de l'Académiede médecine de Bruxelles.

Le programme comprendrait quatre années d'études, les deux premières se passeraient à l'Université, pour obtenir les certificats de candidatures *speciales* en sciences et en médecine et les deux autres années à l'école dentaire, à la fin desquelles le candidat subirait un examen pour l'obtention du diplôme de *dentiste licencié*.

Le programme des deux premières années tel qu'il nous est présenté correspond au programme des cours théoriques de la première et de la deuxième année à l'Ecole dentaire de Paris.

Quant à celui des deux dernières années et à l'examen final, il essemble au programme de la troisième année et de l'examen rénéral imposé aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris. Cependant, gu point de vue de l'enseignement pratique, le programme de a'Ecole dentaire de Paris qui est de trois années, reste de beaucoup lsupérieur à celui de la future Ecole dentaire Belge, qui ne serait ainsi que de deux années.

Les dispositions transitoires, quoique plus douces que celles proposées en France, il y a quelques années ne sont pas encore équitables; elles contiennent quelques restrictions.

Cependant une loi ne doit pas avoir d'effet rétroactif, elle est faite pour l'avenir.

C'est ainsi que cela a été compris en Angleterre en 1878. Le progrès se fait lentement, la précipitation que l'on voudrait voir dans l'application de la loi pourrait léser des intérêts qui doivent être respectés et paraîtrait inspirée par des mobiles intéressés dont un gouvernement ne peut tenir compte.

Depuis l'adoption de ce rapport, l'Académie de médecine de Belgique a adopté un projet tendant à la réforme de l'art dentaire, qui aboutit aux mêmes conclusions. Enfin à la séance du 25 septembre 1886, l'Académie de médecine de Belgique a adopté après discussion, les six propositions suivantes :

1° L'enseignement de l'état dentaire demande à être réorganisé.

2° L'Académie estime qu'il y a lieu de créer des chaires spéciales d'odontologie dans les universités de l'Etat.

3° Les aspirants dentistes doivent posséder les connaissances générales exigées des professions libérales en général.

4° Les aspirants dentistes devront subir un examen de candidature spéciale en sciences naturelles et de candidature spéciale en sciences médicales.

5° Ils seront admis alors à l'école professionnelle qu'il s'agit de créer et d'annexer à chaque Université de l'Etat ; cette école aura pour objet l'enseignement de l'odontologie théorique et pratique et la prothèse dentaire.

6° Nul ne pourra se présenter à l'examen de chirurgien dentiste sans pouvoir justifier d'avoir fréquenté pendant deux ans les cliniques et les laboratoires spéciaux.

7° Il va sans dire que les Universités libres jouiront des mêmes droits que les Universités de l'Etat.

Ces propositions ont été envoyées au gouvernement avee prière de les mettre à l'étude.

Ainsi donc l'agitation provoquée par la Société odontologique de Belgique, pour la réforme de l'art dentaire, a amené l'Académie de médecine de ce pays à s'occuper de la question et après étude à la renvoyer au gouvernement.

Il est donc possible qu'une loi nouvelle soit prochainement votée dans ce pays. Elle s'inspirera très probablement des propositions ci-dessus.

Nous souhaitons qu'il en résulte, au point de vue professionnel de bons effets.

Nous regrettons cependant que nos voisins, au lieu de s'adresser à l'Etat n'aient pas entrepris leurs réformes seuls avec le concours des bonnes volontés. Ils eussent évité des concessions fâcheuses.

Heureusement qu'en Belgique, l'enseignement supérieur étant libre et les universités libres possédant le droit de collation des grades, il y a ainsi, par la concurrence, l'émulation, un excellent correctif de la règlementation gouvernementale.

Quoi qu'il en soit et malgré nos divergences de vues et nos critiques nous félicitons nos confrères belges des efforts qu'ils font pour le relèvement de l'art dentaire.

Nous avons étudié aussi longuement ces projets de réforme qui au premier abord semblent ne nous intéresser que très indirecrement non seulement parce que tout ce qui touche aux progrès de l'odontologie et à la régénération du corps professionnel même à l'étranger, ne doit pas nous laisser indifférents ; mais aussi parce que en France, la question qui semblait close peut se rouvrir demain et qu'il est bon de profiter de toute occasion de l'étudier afin de permettre à nos législateurs de comparer les diverses solutions et de n'adopter que celle qui est la plus conforme aux véritables intérêts du public et de l'Art Dentaire Français.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

Séance du mardi 23 juin 1886.

Présidence de M. Poinsot :

I. L'or mou, sa superiorité comme matière obturatrice. — II. Réimplantations. — III. Une nouvelle matière pour empreintes. — IV. Pansements calmants à la suite d'extractions. — V, Préseutation de pièces pathologiques. Cas de cliuique.— VI. Nouveaux instruments à aurifier. — VII. Appareil pour se protéger de l'humidité sur les dents de la machoire supérieure. — VIII. Nouveau porte-disque.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Président donne la parole à M. Chauvin pour une communication sur l'aurification par l'or mou. (Cette communication a été insérée dans l'*Odontologie* de juillet.) La fin de cette communication est accueillie par de nombreux applaudissements à l'adresse de son auteur, pour la valeur et la compétence qu'il a apportées en traitant cette question.

M. Préterre. — Vers 1853, il n'y avait en France qne trois aurificateurs à l'or mou, puis est arrivé l'or adhésif et enfin l'or en éponge. J'ai assisté depuis trente-cinq à quarante ans à tous les progrès de notre art et c'est toujours à l'or mou que je donne la préférence et, cette préférence, je vais vous la faire saisir par une comparaison que nous pouvons faire constamment avec deux bouteilles : l'une bouchée avec bouchon dur (d'émeri), l'autre avec bouchon mou (de liège). Je partage donc l'opinion de M. Chauvin ; le seul point ou je ne suis point exactement de son avis, c'est lorsqu'il parle de la sécheresse absolue de la carie ; je ne crois pas qu'elle soit indispensable.

M. Godon. — M. Préterre dans sa nomenclature des aurificateurs existant en France il y a trente ans, a omis de citer le docteur Weber qui a enrichi le musée de l'école de nombre de pièces intéressantes et entre autres de dents aurifiés et d'or préparé par lui dès 1845, c'est-à-dire dix ans plus tôt que l'époque dont parle M. Préterre.

M. Poinsot. — J'ai eu dernièrement à traiter une grosse molaire inférieure avec de bons bords qui avait subi une aurification à l'or mou ; au bout de fort peu de temps la dent se cassa. Je crois que, pour ce cas, l'or mou a été la cause de l'accident parce qu'il a le défaut d'être trop compressible ; il est vrai que cette dent était isolée, et que s'il y en avait eu d'autres, l'accident ne serait peut-être pas arrivé ; un ciment eût probablement mieux valu.

L'on a dit que l'or devait être employé suivant les couches de la dent, dentine : or mou, émail : or adhésif.

Je crois que, d'une manière générale, qu'on peut se servir d'or

mou et d'or adhésif, suivant les cas, le premier pour les caries centrales et d'or adhésif pour les reconstitutions.

Je dois pourtant dire à l'avantage de l'or mou que M. Bing m'a fait voir dernièrement un de ses amis ayant une incisive latérale supérieure, aurifiée par lui depuis plus de quatorze ans, qui n'avait pas bougé.

M. Godon. — Je soigne en ce moment un client de 65 ans et qui possède également des aurifications datant d'une quarantaine d'années.

M. Dubois. — Les aurification dont parle M. Godon ont dû être faites à l'or non adhésif, puisque l'or adhésif date de 1855.

M. Godon. — Il y a eu bien des discussions sur les aurifications à l'or mou et à l'or adhésif ainsi que bien des expériences sur la valeur de ces deux modes d'obturations.

On a fait entre autres celle-ci :

On a trempé dans de l'encre deux dents aurifiées par chacune des deux méthodes. Celle aurifiée à l'or adhésif a été teintée; il y a eu infiltration.

M. Heidé : Je crois que lorsque l'on a des obturations à faire à de jeunes enfants, et que la couche de dentine n'offre que peu de résistance, on doit renoncer à l'or qui nécessite une trop grande pression.

M. Poinsot : Je partage l'opinion de M. Heidé.

M. Dubois : Au sujet de l'expérience dont nous parle M. Godon, je dirai que Tomes parle aussi d'infiltration dans des dents obturées à l'or adhésif.

M. Meng : Je crois que les défectuosités de l'or adhésif sont surtout dues à ce qu'on le tasse trop avec le maillet. Le tasser à la main et ne se servîr du maillet qu'à la fin de son obturation donne, à mon avis, de meilleurs résultats.

M. Poinsot : Si l'or était trop adhésif on ne pourrait plus le tasser.

M. Préterre : A propos de la durée des aurtfications, j'ai vu un de mes clients qui possédait dans sa bouche une aurification à l'or mou datant de quarante-sept ans ; cette aurification avait été faite à Washington.

M. Dubois : Il est évident qu'il y a à l'heure actuelle un mouvement de réaction contre l'or adhésif, même en Amérique. On ne peut dénier à l'or mou une qualité évidente : la plasticité, et cette qualité prime peut-être toutes les autres pour assurer la durée des aurifications. Les expériences comparatives peuvent seules décider sur ce point. Cela a été déjà fait, peut-on dire ? Oui, mais dans d'autres conditions que celles où nous nous trouvons. La digue, les perfectionnements de l'outillage assurent aux méthodes en présence des conditions de parfaite exécution, que nos devanciers ne purent connaître. Ce serait l'honneur de l'Ecole dentaire de Paris de faire sortir ce débat de la discussion théorique pour le porter sur le terrain de l'expérience publique.

On jugerait ainsi sur des données plus certaines.

M. Chauvin : Je crois, comme M. Dubois, que l'or mou doit être enseigné largement à l'Ecole, et, au bout d'un certain temps, on pourra faire des comparaisons entre les deux méthodes.

M. Préterre : Je crois que, la plupart du temps, nos insuccès sont dus plutôt aux clients qu'à nous-mêmes ; on a à peine commencé une aurification à un patient qu'il voudrait qu'elle fût finie. En Amérique, au contraire, les clients sont beaucoup plus patients et restent des deux et trois heures sur le fauteuil, et n'hésitent pas à se faire aurifier des incisives dont il ne reste que les 2/3 et quelquefois même la moitié.

En France, peu de femmes accepteraient un travail semblable, d'abord, pour la durée, et ensuite à cause de cette couleur jaune de l'or dont on apercevrait une trop grande surface.

II. — RÉIMPLANTATIONS.

M. Godon : Je viens vous parler d'un cas de réimplantation (publié dans l'*Odontologie*, septembre 1884).

M. Dubois cite, d'après le *Dental Record*, que Tomes avait fait une réimplantation, au bout de cinq jours, d'une incisive supérieure à la place de la canine.

(Voir à ce sujet une petite note de M. Dubois relatant ce fait, sous ce titre de : *Miscellanea*, dans l'*Odontologie* de juin.)

M. Chauvin. — Je vous parlerai également d'un cas de réimplantation suivi d'insuccès : J'ai suivi la marche régulière du traitement, c'est-à-dire résection de l'apex de la racine, badigeonnage sur la gencive d'iode et d'aconit et au bout de plusieurs jours, malgré tous mes soins, la dent tomba. Une heureuse inspiration me vint de faire analyser l'urine de mon patient, et j'eus la clef du mystère et de mon insuccès : l'urine contenait de l'albumine. Dans la prochaine séance, je vous parlerai de deux cas de réimplantation avec tumeur du périoste.

M. Godon. — Dans l'ouvrage de Maury il est cité plusieurs cas de réimplantation dont les racines étaient résorbées.

M. *Wisner*: Je connais un médecin qui avait réimplanté une incisive latérale supérieure sans aucun traitement à un jeune enfant, et ayant eu l'occasion de revoir la personne au bout d'une douzaine d'années, j'ai constaté que cette dent tenait bien.

L'assemblée est d'accord sur la question de l'obturation des canaux, qui doit être faite avant la remise en place.

III. — UNE NOUVELLE MATIÈRE POUR EMPREINTES.

M. Bertin. — Messieurs, je viens vous présenter une nouvelle matière destinée à suppléer, sinon à remplacer le Godiva et le Stent ; ce produit s'emploie comme les substances citées ci-dessus, c'est-à-dire avec de l'eau chaude et la manipulation en est facile. Le retrait après la prise de l'empreinte est presque nul, et l'on peut couler les modèles de suite ou au bout de 2 ou 3 jours sans inconvénient. Ce nouveau produit a encore l'avantage de durcir très rapidement, ce qui permet de prendre les empreintes en laissant

très peu de temps la composition dans la bouche, avantage signalé pour nos patients. Notre professeur M. Poinsot a bien voulu l'essayer sur moi-même, qu'il veuille bien accepter ici tous mes remerciements.

L'empreinte se détache avec une netteté parfaite et sans aucun tirage. Le défaut qu'il faut lui reprocher, c'est d'être un peu trop friable. Pour éviter les cassures, il n'y a qu'un peu de précaution à prendre lorsque l'on coule son modèle. Ce produit est de couleur carmin et d'un goût très agréable. Voici quelques échantillons que je vous prie, messieurs, de vouloir essayer et si vous voulez me faire part de vos observations, je les accueillerai avec reconnaissance en essayant d'obtenir un produit parfait.

IV. — PANSEMENTS CALMANTS A LA SUITE D'EXTRACTIONS.

M. *Godon*: Souvent, Messieurs, nous voyons nos patients accuser de vives douleurs à la suite d'extractions de dents, affectées de périostites, et je viens vous faire part d'un moyen qui me réussit assez bien :

C'est la solution suivante:

Chlorydrate de cocaïne. . . . . 0 gramm. 10
Eau. 10 grammes.

On en imbibe un coton que le malade maintient dans l'alvéole.

M. *Poinsot* : En pareil cas, j'emploie le procédé suivant :

Je fais une légère friction avec :

Sucre pulvérisé. . . . . 10 grammes.
Chlorydrate de morphine. . . . . 50 centigr.

J'obtiens aussi de bons résultats avec la paraldhéyde pure:

Une cuillerée à café dans un verre d'eau.

V. — PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES. — CAS DE CLINIQUE.

M. *Godon* présente une observation sur la chute précoce des dents de lait. (Voir l'Odontologie de septembre 1886.)

M. Godon: Je vous présente, au nom de M. Siffre, chirurgien dentiste, une petite molaire droite ayant 3 racines, dont une, celle postéro-externe, est légèrement recouverte de tartre.

M. *Préterre*: J'ai eu, il y a quelque temps, 3 cas curieux dans la même semaine:

Puis il donne leeture de la lettre qui lui a été adressée par M. Siffre, dans laquelle celui-ci donne les details de l'observation et demande l'avis des professeurs de l'école.

1° Une concierge s'était fait arracher une canine et une petite molaire, et on n'avait pas fait attention à la poche située à l'extrémité de la canine.

Au bout de quelques jours elle vint me trouver avec un abcès énorme que j'ai ouvert, et je lui ai fait faire des injections de teinture d'iode peu diluée ; peu après j'ai dû extraire l'incisive latérale.

Dans la même maison, une modiste vint me trouver pour un écoulement purulent provoqué par une dent morte; extraction de la dent et injections.

Enfin, un cocher avait été se faire extraire une dent et à la suite de cette extraction il eut un abcès sous-périostique qui détermina une nécrose.

M. *Bonnard* présente une première grosse molaire supérieure n'ayant que 2 racines bien distinctes.

M. *Legret* présente également 2 canines supérieures ayant toutes deux trois centimètres et trois millimètres de longueur, et 3 canines inférieures ayant chacune 2 racines.

VI. — NOUVEAUX IHSTRUMENTS A AURIFIER.

M. *Heide*: Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter quelques séries d'instruments que M. Herbst m'a adressées pour en faire don à l'Ecole; ce sont des instruments avec pointes d'agathe et, comme je l'ai dit ici, je les préfère aux pointes d'acier. L'avantage de ces pointes d'agathe, c'est qu'elles condensent l'or autant que celles en acier et qu'elles ne le déchirent pas, comme cela arrive quelquefois avec ces dernières, lorsque l'on exerce une trop grande pression.

Il y en a de plusieurs diamètres, pour la pièce à main ainsi que pour l'angle droit.

M. Herbst m'envoie également des instruments pour polir les aurifications. Pour obtenir une aurification bien faite, il faut que la cavité soit bien préparée, et que l'or ou la matière obturatrice adhère bien aux parois et aux bords et qu'il ne dèpasse pas les bords de la cavité, et cela pour deux raisons : d'abord, parce qu'il faut beaucoup plus de temps pour enlever le trop-plein et qu'ensuite les meules dont on se sert pour ce travail coûtent assez cher et s'usent rapidement.

Il est donc important d'obturer les dents juste au niveau de la carie, et, lorsque malgré tant le soin que l'on ait apporté à son obturation, il y en a un tout soit peu en trop, il est préférable, pour l'enlever, de se servir d'un mélange d'émeri et de caoutchouc, dont j'ai fait la description dans l'*Odontologie* de décembre 1885.

VII. — APPAREIL POUR SE PROTÉGER DE L'HUMIDITÉ.

M. Dubois. — Messieurs, je vous présente un petit appareil, imaginé par M. Choquet, qui peut, dans bien des cas, remplacer la digue pour les dents supérieures et antérieures : c'est une double tige de métal, à coulisse, munie de deux crochets que l'on place sous la lèvre pour la retenir, en ayant soin de loger préalablement une petite bande de ouate qui forme barrière à la salive.

VIII. — NOUVEAUX PORTE DISQUES.

M. Gillard. — Depuis quelque temps, l'usage de disques en papier d'émeri ou de verre se généralise. Leur souplesse rend leur emploi préférable à celui des meules de çorindon rigides et cassantes. Ces disques se montent sur des supports qui, jusqu'à préseni, laissent à désirer : les uns sont essentiellement constitués

par de petits crampons destinés à retenir le papier, les autres sont un écrou ou une vis agissant par une simple pression. Avec les premiers, si le travail exige que l'action du disque se fasse d'arrière en avant, les disques se décrochent fréquemment; avec les seconds, cet inconvénient n'existe pas; mais devient-il nécessaire que le mouvent de rotation se fasse dans le sens opposé au pas de vis, celui où l'écrou se desserre; il faut alors les serrer très fortement et avoir pour cela recours au tournevis ouà la pince, ce qui nécessite la présence de ces instruments sous la main. Avec le nouveau porte-disque que je vous présente, aucun de ces inconvénients n'existe. Il ne nécessite l'emploi d'aucun autre instrument, peut tourner à droite et à gauche, la pression peut faire d'arrière en avant sans voir les disques se déplacer.

Il se compose d'une tige se montant sur le tour; une extrémité est creusée suivant son axe, sur une longueur d'environ deux centimètres; dans une ouverture latérale s'engage un petit cliquet pressé par un ressort, un plateau terminal porte sur une même circonférence plusieurs pointes lisses destinées à entraîner et maintenir les disques dans le mouvement de rotation; un autre contre-plateau de même diamètre porte des ouvertures, où s'engagent et se cachent les pointes du premier; à son centre est fixée, par un pas de vis, une tige terminée en pointe et portant à environ 3 millimètres de son extrémité, une gorge circulaire.

Cette tige circulaire s'engage dans le trou foré dans l'instrument, et le cliquet pressé par le ressort tombe dans la gorge; le disque est alors solidement fixé.

Grâce au pas de vis qui fixe la tige du contre-plateau, on peut en faire varier l'écart et ainsi employer des disques de différentes épaisseurs ou deux acccolés dos à dos, ce qui, dans la pratique, est souvent utile.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secretaire des séances,
Eug. LEGRET.

REVUE DE L'ÉTRANGER

TRANSPLANTATION DANS DES ALVÉOLES ARTIFICIELS

Par le Dr YOUNGER

Traduit et résumé par M. L. MENG,

Chef de clinique à à l'Ecole dentaire de Paris.

I. Transplantation dans des alvéoles artificiels. — II. Nouveaux appareils de redressement.

Le docteur Younger de San-Francisco ayant publié dans le *Pacific Medical and Surgical Journal* un article sur la transplantation des dents dans les alvéoles creusés à l'aide du tour den-

taire dans les maxillaires, nous ne pensions pas tout d'abord que cette opération hardie, nous pouvons dire invraisemblable, aurait des conséquences vraiment heureuses, et nous l'aurions passée sous silence, si l'*Indépendant Practitioner*, n'avait enregistré des témoignages confirmatifs des succès de M. Younger. Nous aurons à revenir sur cette étonnante découverte. Mais nous avons cru utile de la faire connaître dès maintenant, en reproduisant d'après le *Dental Record* et l'*Indépendant Practitioner*, tout ce qui a été publié à ce sujet. *(Note du Tr.)*

En janvier 1886, le docteur Younger constatait dans le *Pacific Medical and surgical journal* la difficulté qu'on avait à trouver une dent pour la transplantation au moment opportun.

Se souvenant que les expériences de John Hunter prouvent que la dent peut être tenue vivante indéfiniment en la greffant dans la crête d'un coq, il y plaça alors quelques dents ou racines dont l'extraction était indiquée.

Le 28 novembre 1882, une prémolaire qui avait été dans la crête d'un coq pendant dix jours, fut transférée dans la bouche d'un patient et s'y consolida. (S'il n'eût pas été capable de trouver une dent convenable, une racine eût été prise et une couronne naturelle ou artificielle montée dessus).

Il continue : J'ai aussi découvert que le périoste peut être tenu vivant pendant deux jours dans l'eau chaude à la température de 55 à 60° centigrades. J'ai, dans deux cas, transplanté des dents avec plein succès qui avaient été ainsi maintenues pendant cinquante heures.

Ma première pratique quand je trouvais une dent trop longue ou trop large pour un alvéole, était de couper l'extrémité radiculaire pour assurer sa mise en place. Mais assez souvent, la meilleure partie du périoste était de cette façon enlevée, de sorte que j'essayai de creuser ou d'élargir la cavité comme le cas le demandait, coupant souvent largement dans l'os, de façon à conserver le plus possible de ce tissu indisqensable. Je trouvai que l'adhésion se produisait aussi parfaitement que dans les alvéoles non agrandis. Ces résultats m'amenèrent à cette conclusion, que les alvéoles artificiels peuvent être creusés dans l'os même, et les dents implantées avec autant de succès que dans les alvéoles naturels. »

Le 17 juin 1885, Mlle Ward, âgée de vingt-quatre ans, avait perdu l'incisive latérale gauche, couronne et racine, quatre ans auparavant, et avait porté pour la remplacer une dent artificielle sur une plaque de caoutchouc.

Le retrait de la gencive, conséquemment à l'absorption de l'alvéole était si grand, qu'elle ne pouvait parler ou rire sans que la dent artificielle ne fût immédiatement reconnue, ce qui l'affligeait beaucoup. Pour ces raisons, comm eil était impossible de produire un appareil artificiel qui eût une apparence tout à fait naturelle, je me déterminai à l'opération suivante, que j'avais depuis

longtemps en vue et pour laquelle j'étais plein d'espérances, par suite de certaines observations et expériences. Elle me semblait pourtant si opposée aux idées scientifiques et aux règles de la chirurgie, que je n'avais pas encore eu le courage de l'essayer.

Je pris une dent correspondante à un jeune homme (laquelle par suite de sa mauvaise position, déformait la bouche). Je la préparais comme je fais pour toutes les dents que j'emploie pour la transplantation, c'est-à-dire : enlever la pulpe, remplir la chambre et le canal avec la pâte de Hill pour terminer à l'apex avec de l'or.

La dent fut alors placée dans de l'eau à la température de 55 à 60° centigrade, afin d'enlever le sang et les impuretées, je l'y laissai une heure.

Elle fut alors placée dans une solution de bichlorure de mercure (2/1000) pendant un quart d'heure afin de la désinfecter.

La dent prête, je m'occupai de ma patiente, j'excisai la gencive, un peu moins que le diamètre de la racine à insérer; puis, avec un foret ordinaire plat, je perçai l'os dans la ligne de direction que la dent devait occuper. Quand le trou fut assez profond, je l'élargissai et formai l'alvéole à l'aide d'une fraise conique. Quand après l'essai, je vis que la cavité logeait la dent parfaitement bien, je la lavai et l'épongeai soigneusement afin d'enlever toutes les parties d'os, premièrement avec de l'eau chaude, puis de l'eau froide, et enfin avec la solution de bichlorure indiquée ci-dessus; quand le sang eut cessé de couler, j'introduisis la dent et la maintins en place par des délicates ligatures de soie attachées aux dents voisines. Il en résulta une petite inflammation au niveau de la racine, qui disparut graduellement au bout de quelques jours.

Un accident à la gencive arriva durant le percement de l'alvéole, juste comme le foret touchait la surface de l'os. La patiente rejeta la tête en arrière, ce qui fit glisser l'instrument en avant à travers la gencive et produisit une balafre de forme triangulaire de 4 millimètres de largeur.

Avant d'implanter la dent, les bords de la plaie furent rapprochés soigneusement et tenus en contact par des ligatures de soie. Le quatrième jour les sutures furent enlevées et aucune marque ne pouvait indiquer le siège de la lésion.

Douze jours après j'enlevai les ligatures de la dent et la trouvai bien attachée, j'enlevai alors les fils servant à la fixer pendant qu'un calus se formait autour de la racine.

Environ trois semaines après, la gencive ne portait aucune trace d'irritation et la dent était comparativement ferme. Désirant améliorer la position des incisives superieures droites je passai les ligatures autour de la nouvelle dent. Ceci malheureusement amena une légère inflammation et un épulis se forma quelques jours après et donna lieu à une petite suppuration. J'enlevai de nouveau les ligatures et traitai avec injection d'iode. Quand je la vis dernièrement l'épulis avait presque disparu, la gencive envi-

ronnante avait recouvré sa couleur normale. La dent devenue ferme dans sa position, remplissait ses fonctions en commun avec les dents voisines, aussi bien que si elle n'avait jamais été étrangère à la bouche.

Ce cas fut examiné par plusieurs médecins et par les membres de l'Association Dentaire de l'Etat de Californie qui, à l'exception de deux, trouvèrent que l'opération était un grandsuccès. (Ces deux confrères n'étaient pas entièrement satisfaits de sa stabilité parce que l'épulis s'était formé.)

Le 15 août et le 5 septembre. de semblables opérations furent faites sur madame C..., âgée de trente-cinq ans. Dans le cas de madame C... cependant la dent prémolaire supérieure avait été absente pendant vingt ans et durant ce temps elle avait porté une plaque artificielle.

A la première date mentionnée un alvéole fut creusé à la droite de la canine supérieure droite et une bicuspide implantée. Elle était tenue en position par un fil de soie attaché à la canine et à l'incisive latérale en avant et à une molaire à une petite distance en arrière, le fil simplement passé sur la couronne entre les tubercules comme une corde raide.

Le 5 septembre Mme C..., satisfaite du succès de l'opération, eut deux petites molaires implantées d'une façon semblable. Dans ce cas cependant il n'y avait pas de molaire pour y attacher le fil et à ce point une petite racine perdue d'une seconde molaire servit dans ce but. Dans cette racine un fil d'or fin fut inséré auquel le côté distal de la ligature fut attaché. Elle allait en dedans et en dehors sur les couronnes et entre les tubercules pour s'attacher en avant sur la canine et l'incisive latérale.

Après l'insertion de ces dents la figure enfla légèrement, sans qu'il y eut tendance à expulser les dents; aucune douleur consécutive ne se produisit. La figure fut lavée avec la solution ordinaire d'ammoniaque dans l'eau et l'alcool et la gencive badigeonnée avec la teinture d'iode. En quatre jours l'enflure disparut. Depuis plus de deux mois, la gencive n'a pas la moindre trace d'irritation. Les dents sont devenues tout à fait fermes et elles servent pour la mastication. Il y a encore 3 dents à implanter, une biscupide droite et deux molaires supérieures gauches, cela sera fait aussitôt que nous aurons pu nous procurer des dents convenables.

Mme C. dit elle-même : quand je pense, que pendant vingt longues années, j'ai eu à porter une vieille pièce malpropre et maintenant j'ai en place des dents naturelles poussées dans ma bouche, je me trouve plus heureuse que je ne puis l'exprimer. J'espère discuter et prouver ma théorie relativement à la méthode d'attachement des dents dans les alvéoles naturels aussi bien que dans les artificiels.

Je suis certain que les idées exprimées dans les livres et enseignées sur ce sujet sont erronées, de le prouverai théoriquement aussi bien que je l'ai fait pratiquement. Les dents peuvent être

transplantées dans les alvéoles artificiels aussi bien que naturels, y rester et être aussi parfaites en apparence, aussi utiles que si elles s'étaient développées dans le maxillaire lui-même. Cela peut être une règle et non une exception.

(*Dental Record.*)

« Les lignes précédentes sont du docteur Younger lui-même. « Celles qui suivent sont dues à un jeune dentiste qui expose ce « qu'il a vu et entendu. » (*Note du Tr.*)

Le Dr Southworth de Sacramento, ayant passé quelques heures en compagnie du docteur Younger, celui-ci lui parla de ses nombreuses opérations, de sa méthode, de ses échecs, de ses succès.

Plusieurs dentistes de San-Francisco qui ont vu ses opérations, lui ont tous affirmé leur réussite. Un d'eux porte depuis un an une dent replantée, et elle a l'apparence d'être aussi solide que les autres. D'après ses souvenirs, une couronne fut montée sur une racine extraite, puis le tout replanté ; le procédé n'est pas nouveau cela n'en est pas moins une opération ingénieuse, très appréciée par celui qui en fut l'objet.

A la réunion de la société des dentistes de l'Etat de San-Francisco, le Dr Younger fit une conférence clinique, M. Southworth fils s'y rendit.

Voici ce qu'il écrivit à son père. « J'étais présent à la clinique du Dr Younger, je fus grandemenf surpris de la simplicité de l'opération. Le patient était un dentiste de de San-Francisco qui perdit une première biscupide gauche 14 ans avant, ou à peu près. La dent employée pour la tranplantation fut extraite trois semaines avant de la bouche d'une demoiselle, dont les dents étaient trop serrées.

L'instrument pour forer est d'une grandeur égale au diamètre antéro-postérieur de la racine, et deux cavités adjoignantes furent faites, une sur le côté labial et l'autre sur le côté lingual de l'alvéole, n'ayant pas de communications entre elles et formant un alvéole approchant la forme de la dent.

La partie supérieure fut enlevée à l'aide d'un petit trépan, puis formée pour recevoir l'extrémité de la racine bifurquée, ensuite elle fut terminée avec une pointe conique de corindon.

L'espace entre la canine et la seconde petite molaire étant étroit la couronne de la nouvelle dent fut taillée de façon à glisser entre les deux sans être serrée.

Au bout d'une heure et demie de travail, M. Y... sécha l'alvéole, plaça la dent dans la direction, et la poussa en place avec un morceau de bois ayant une encoche, comme pour une opération de dent à pivot, puis il invita les quarante dentistes présents à l'inspecter. Je la trouvai si solide qu'il était impossible de l'enlever sans le secours d'un instrument. Elle était plus blanche que sa voisine, mais la couleur changera avec le temps.

Je vis le Dr Cummings, le dentiste opéré, le jour suivant ; il

m'assura qu'il avait souffert davantage pour l'obturation d'une dent que pour l'opération présente et fut agréablement surpris de constater le peu d'inflammation qui avait suivi ce cas de chirurgie héroïque. Sachant que le succès d'une opération ne peut être établi qu'après un certain laps de temps. Le Dr Younger montre une patiente à laquelle une opération semblable fut faite il y a environ un an. C'est une dame mariée d'environ 35 ans. Une seconde prémolaire supérieure fut implantée dans un alvéole artificiel, et cette personne est si contente du résultat qu'elle prend grand plaisir non seulement à la montrer, à essayer sa solidité, mais encore à exhiber deux molaires inférieures qu'elle a dans son portefeuille et qu'elle réserve pour mettre à contribution l'habileté du Dr Younger.

La couleur de la dent est parfaite, et je ne puis faire une différence entre elle et ses voisines.

Je suis un trop jeune praticien pour discuter la question, si oui ou non les cellules osseuses peuvent être produites sans l'aide du perioste, mais je suis convaincu que la dent peut être implantée dans les *trous* forés dans l'alvéole et devenir solides dans son attachement et de plus je crois qu'une formation d'os doit se faire autour de la dent remplissant les espaces interstitiels. J'apprends des autorités les plus dignes de foi, que le Dr Younger a près d'une centaine de succès de ce genre et je sais qu'il donne à cette pratique sa principale attention. Si vous visitiez son cabinet, il vous montrerait une boîte de dents qu'il a recueillies chez ses confrères et durant sa propre pratique et il est prêt à en choisir une pour n'importe quel cas qui se présentera sans regarder combien de temps avant la dent à implanter a été extraite disant que la greffe réussira si le périoste même desséché y est attaché.

(*Indépendant Practitioner.*)

NOUVEAUX APPAREILS DE REDRESSEMENT

par Eugène S. TALBOT. Chicago.

Traduction par le docteur P. Cartier

Lorsque l'on rencontre une seule dent rentrée en dedans de l'arcade dentaire, il est souvent difficile d'imaginer un appareil bien approprié à la correction de cette irrégularité.

Des nombreux systèmes proposés dans ce but, beaucoup sont insuffisants ou compliqués, d'un aspect peu flatteur, ou bien dificiles à enlever et à tenir propres.

Les figures ci-dessous représentent quelques modèles qui ont été reconnus satitfaisants après de nombreux essais, car ils rem-

plissent leur but d'une manière efficace, ils'appliquent et s'enlèvent facilement et peuvent être tenus propres sans peine.

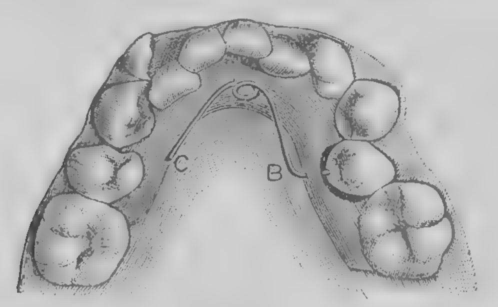


Fig. 1.

Dans cette figure on voit une deuxième petite molaire droite du bas dont le renversement en dedans est égal à une demi-épaisseur de la dent.

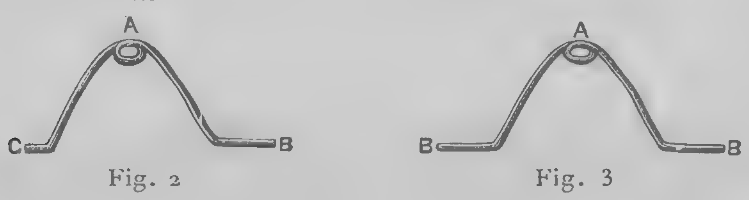


Fig. 2 Fig. 3

Il existe sur la même figure d'autres dents irrégulièrement placées, mais ce ne sont pas celles-là que nous avons en vue pour le moment.

Dans le cas qui nous occupe, on fit une plaque de caoutchouc mince, étroite, bien serrée; un trou fut percé dans le centre de la plaque vis-à-vis le milieu de la dent qu'il s'agissait de redresser. De l'autre côté, on fit un autre trou, mais sans traverser toute l'épaisseur de la plaque. Un ressort approprié, en fil métallique souple, est contourné une fois sur lui-même (A) et ses extrêmités sont pliées à angle droit. L'uue de ses extrémités C cst coupée coort pour entrer pans le trou correspondant de la plaque, l'autre extrémité B est laissée assez longue pour traverser la plaque et porter sur la faee l'inguale de la petite molaire, laissant un intervalle q'uu huitième de pouce entre le bout du ressort et la plaque, ainsi qu'on le voit dans la figure 1 où le reseort en est placé pour agir sur la dent que l'ou veut redresser. Il est clair que la plaque et le ressort s'enlàveut rapidement, soit pour les nettoyer, soit pour renforcer le ressort en allongeant ses extrêmités ou ponr déployer le nœud de manière que la dent puisse être tenue aroit au point où elle peut avoir été redressée.

La figure 3 fait montre un ressort dont les deux longues extrémités BB sont bien appropriées à un cas dans lequel il s'agit également de repousser deux dents dans des directions opposées comme avec une vis : cependant cet appareil n'est pas un

obstacle aux mouvements de la langue, ni une gêne pour les autres dents, il n'exerce pas de pression sur les bords des gencives.

En résumé, ces appareils sont d'une construction et d'une application aisées, efficaces et faciles à surveiller.

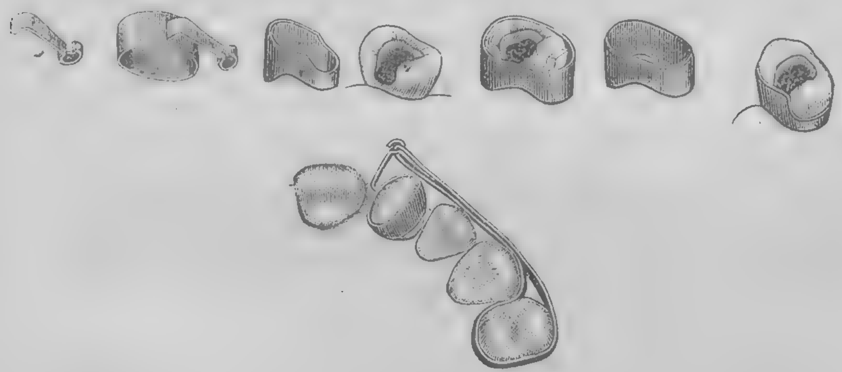
LE REDRESSEMENT A L'AIDE DES BANDES ANNEAUX

(Seamless Collars)

Permettez-moi d'appeler votre attention sur quelques nouvelles applications des bandes sans soudure.

Ces bandes peuvent être employées dans la construction des appareils de redressement ; par exemple, pour faire tourner une incisive centrale, prenez un fil métallique de moyenne grosseur, enroulez-le autour de la dent, tout près, mais non pas sur la gencive, et coupez le fil de telle sorte que ses extrémités correspondent exactement au diamètre de la dent.

Serrez le fil sans l'élargir, qu'il soit de la même longueur que le patron de la bande et choisissez une bande de moyenne largeur telle qu'elle est représentée dans la figure.



Prenez une plaque épaisse d'or, donnez-lui la forme représentée dans la fig. 1, et soudez-là à la bande en employant juste assez de soudure pour fixer l'extrémité du levier sans en faire fuser sur la bande, ce qui l'empêcherait de bien s'adapter à la dent. Séchez la dent, enduisez son collet d'un ciment à l'oxyphosphate et pressez fortement la bande sur elle, de sorte que le levier puisse être enlevé par une ligature ou par un anneau de caoutchuc après que le ciment aura durci, ce qui demandera au moins dix minutes.

La figure 3 montre l'appareil en place. Une barrette régulatrice adaptée aux molaires peut être également soudée aux bandes qui sont alors cimentées sur la dent, ou bien on fixe étroitement la barrette aux bandes qui sont cimentées aux dents.

Les dents fixées de la sorte peuvent servir de point d'appui pour des vis dont la pointe mordra dans le métal des bandes sans glisser et sans attaquer l'émail.

Les bandes peuvent encore rendre d'autres services pour les redressements. Des dents fendues sont maintenues par ces appareils. De grandes restaurations de couronne sont faites en peu de temps par l'emploi de bandes appliquées étroitement sur les dents préalablement bien sèchées, il est ensuite très facile de les obturer soit avec de l'or, soit à l'amalgame ou au ciment.

Lorsqu'il s'agira de couper les bandes suivant les sinuosités de la dent, on emploiera avec avantage une pointe de Corindon ou bien une lime de Herbst ; la figure 4 représente une bande coupée par ces moyens. Pour dissimuler autant que possible la vue de l'or, la bande doit être coupée comme on le voit dans la figure 5.

On aura recours aux bandes en platine lorsque l'on obture à l'amalgame, mais une bande d'or peut être recouverte d'une couche de collodion, de vernis copal, dans le point qui doit se trouver en contact avec l'amalgame. Grâce à ces précautions, l'amalgame sec n'altérera pas l'or de la bande.

On peut appliquer une bande mince un peu plus large que la dent, et un petit morceau de bois entre la portion restante de la dent et la bande pour former une matrice qui après l'obturation peut s'enlever en même temps.

La figure 6 montre une matrice de ce genre ; les moyens que nous venons d'indiquer permettent de faire en peu de temps et dans la perfection des obturations vastes et compliquées.

Dental Cosmos.

QUESTIONS POSÉES

PAR LE DOCTEUR DECAUDIN

Professeur d'Anatomie spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris à l'examen général de 3e année.

Arcade Dentaire.
Juxtaposition des dents.
Fixation des dents.
Email, Cuticule, Cément.
Dentine.
Périoste alvéolo-dentaire
Chronologie du follicule.
Description du germe.
Etat des dents et des maxillaires à 7 ans.
Chute des dents temporaires.
Ascension des dents permanentes.
Chronologie de l'éruption.
Développement des maxillaires.
Usure et chute des dents en général.
Les maxillaires chez les vieillards édentés.
Dents de lait.
Description des Incisives, Canines, prémolaires et molaires (droite et gauche).

MISCELLANEA

I. Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente. — II. Résection du maxillaire supérieur. — III. Fistules parotidiennes.

TROIS CAS DE PERFORATION DU VOILE DU PALAIS D'ORIGINE DIFFÉRENTE

Par M. Trélat.

On sait avec quelle sorte de prédilection M. le Professeur Trélat a étudié, dans ces derniers temps, les lésions staphylo-palatines, soit dans leur origine et leur nature, soit au point de vue des indications opératoires, de la période de l'affection ou de l'âge des malades où il convient de les opérer et des procédés auxquels il y a lieu de donner la préférence.

Plusieurs de ses communications à l'Académie ou de ses leçons cliniques à l'hôpital, sur ce sujet, sont pleines d'enseignements. Telle est l'une des leçons dans laquelle il a présenté à son auditoire trois jeunes femmes atteintes de lésions du voile du palais. Elles sont âgées l'une de 19 ans, la deuxième de 20 et la troisième de 26 ans. Leur examen était intéressant au double point de vue de l'étiologie d'une part, et, d'autre part, au point de vue des indications thérapeutiques.

En fait d'étiologie, il y a longtemps que l'on sait que la syphilis intervient souvent dans la production de ces lésions en déterminant le développement dans l'épaisseur du voile du palais de gommes qui se ramollissent, s'ulcèrent, suppurent et laissent après elles des traces persistantes des destructions qu'elles ont amenées. Mais, fait remarquer M. Trélat, on savait moins bien s'il n'y avait point d'autres causes susceptibles de produire les mêmes effets. Des études bien faites à cet égard ont conduit effectivement à reconnaître que des lésions semblables pouvaient dépendre d'autres processus morbides que de la syphilis, de la scrofule et de la tuberculose, par exemple. Il y a des gommes scrofuleuses qui amènent des ulcérations et des perforations consécutives du voile du palais, tout comme les gommes syphilitiques. On a eu plusieurs fois déjà l'occasion de faire des opérations de staphylorrhaphie pour des pertes de substances palatine de cette origine. M. Trélat a vu une fois une division palatine survenir à la suite d'un abcès aigu; mais dans les cas de ce genre, l'ulcération n'est jamais durable et la guérison s'en fait rapidement.

A quelle catégorie appartenaient les trois malades qui ont passé successivement sous nos yeux? C'est ce que l'on va voir.

La première, jeune fille de 19 ans, blonde, de constitution molle,

a eu dans son enfance des accidents strumeux, dont il lui reste encore les stigmates, cicatrices blanches, gaufrées, sur plusieurs parties du corps, et en particulier autour du cou. Rien de syphilitique, aucun antécédent, aucun signe actuel qu'on y puisse rapporter. Cette jeune fille présente tous les attributs d'un tempérament essentiellement scrofuleux.

C'est en juillet dernier qu'elle a accusé pour la première fois un mal de gorge; elle avait, dit-elle, dans la gorge des plaques grisâtres. Lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, elle portait une ulcération allongée, à fond gris jaunâtre, le long du raphé et du bord libre du voile du palais. Elle a un léger nasonnement en parlant, mais sans altération sensible de l'articulation.

Il n'y a lieu chez elle à aucune intervention chirurgicale, il y a toute raison d'espérer que sous l'influence du traitement antiscrofuleux auquel elle est actuellement soumise, huile de foie de morue à hautes doses, badigeonnage des surfaces malades avec la teinture d'iode et un bon régime approprié, elle guérira sans opération.

La deuxième malade, âgée de vingt ans, extrêmement chétive, paraissant en avoir tout au plus quatorze ou quinze, ayant la peau de la face d'une teinte grisâtre, a eu aussi dans son enfance des abcès strumeux, une conjonctive suppurée. Elle a une division palatine à bords épais, dont l'un est cicatrisé, l'autre en voie de cicatrisation ; elle a, de plus, des adhérences solides du voile du palais avec les parties postérieures. On remarque en outre, chez elle, une déformation du nez, sorte de cassure dont l'origine lui est inconnue ; les dents sont mauvaises, et, au-dessous de l'oreille droite, on voit des cicatrices gaufrées, elle en a également sur la cuisse droite, et au niveau des hanches, des deux côées. Enfin, cette fille est mal réglée.

En présence de toutes ces circonstances, il est très difficile de se prononcer tout d'abord sur le véritable état de cette malade. On peut se demander si l'on ne serait pas en présence d'une syphilis héréditaire. On ne connaît d'autre antécédent dans sa famille que la phtisie, à laquelle sa mère a succombé. Elle a eu, dit-elle, un abcès du voile du palais un mois avant son admission à l'hôpital ; mais les adhérences solides contractées par une portion de ce voile avec les parties voisines indiquent une origine de la maladie beaucoup plus ancienne. Il y a du nasonnement et de la difficulté d'articuler.

La troisième malade est une femme de vingt-six ans, d'une physionomie agréable et paraissant avoir une certaine éducation. Elle ne présente actuellement rien de particulier, ni comme caractère diathésique, ni comme tare extérieure. Mais son histoire est très compliquée. Sa mère, paraît-il, a nourri un enfant syphilitique. Elle a eu, elle-même, une affection du cœur (insuffisance mitrale) pour laquelle elle a été traitée à l'Hôtel-Dieu. Il y a un an, elle a été admise dans un service de médecine de la Charité pour un abcès de la gorge ou du voile du palais (?), et, quelque temps

après, un deuxième abcès du même genre a nécessité son entrée dans un service de chirurgie d'un autre hôpital, où elle a été soumise à un traitement spécifique. Tout cela s'est passé dans un intervalle de six mois environ, de février à juin 1885.

Aujourd'hui, il ne lui reste de ce qu'elle a eu qu'une double perforation du voile du palais, du côté de la luette, avec de petites brides, portant seulement sur les parties molles, et dont les bords sont cicatrisés. La charpente osseuse palatine est intacte. Il y a du nasonnement et de la difficulté de la parole. L'état général est bon, sauf la légion légère qu'elle porte du côté du cœur.

En résumé, de ces trois malades, la première a une perforation du voile du palais d'origine et de nature franchement scrofuleuses.

Pour la deuxième, il y a doute au point de vue étiologique. Mais, pour les deux, il y a une formelle contre-indication opératoire, en vertu de ce principe que toutes perforations actives, c'est-à-dire en voie d'évolution, qu'elles soient scrofuleuses ou syphilitiques, ne doivent pas être opérées. Toutes les fois qu'on a opéré dans ces conditions, on a échoué. M. Trélat se rappelle avoir eu lui même un échec de ce genre.

Quant à la troisième malade, qu'elle ait ou non la syphilis, ce qui reste douteux, comme elle n'en a plus aucun symptôme actuel et que la lésion locale, la perforation a ses bords cicatrisés, et que la maladie a par conséquent cessé d'exister, elle est parfaitement dans les conditions d'être opérée avec les plus grandes chances de succès.

L'opération a été faite séance tenante. Elle a consisté en une staphylorrhaphie simple, incision et avivement des bords de la division, et trois points de suture. L'opération a été faite sans le secours du chloroforme, à cause de l'insuffisance mitrale.

(*Journal des Connaissances médicales*, 1er juillet 1886.)

RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — *M. Verneuil* présente deux malades sur lesquelles il a pratiqué une large résection du maxillaire supérieur, par le procédé qu'il a indiqué dans une précédente séance. C'est-à-dire qu'après avoir enlevé l'os, au lieu de réappliquer dans toute son étendue le lambeau qui avait permis de mettre la partie malade à découvert, il laisse persister pendant un certain temps une large brèche par laquelle on peut surveiller la récidive.

Sur ces deuu malades, l'une présente encore à l'heure actuelle la brèche dont il vient d'être question, et qui rend facilement accessibles tous les points de la cavité opératoire. Sur l'autre plus anciennement traitée, la brèche a été réparé trois mois après l'opération. M. Verneuil montre que sur cette dernière, les résultats plastiques ne diffèrent pas de ce qu'ils eussent été si on avait d'emblée fait la réparation.

(*Société de chirurgie*)

FISTULES PAROTIDIENNES. — *M. Terrier*, lit un rapport sur obsune ervation de M. Cabadé de Valence (d'Agen).

Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans, auquel on fit l'ablation d'une tumeur adéno-kystique de la parotide.

Comme la tumeur avait des prolongements profonds, on dut terminer l'opération avec l'écraseur, suivant la méthode de Chassaignac.

Les suites opératoires furent simples, mais il persista une petite fistule salivaire. Pour la traiter, M. Cabadé appliqua tous les jours à sa surface du collodion térébenthiné, ce traitement suffit à la guérison.

A propos de cette observation, M. Terrier fait remarquer que l'emploi de l'écraseur pour l'ablation des tumeurs parotidiennes est un moyen aveugle qui expose le chirurgien à léser un vaisseau important, bien plus que la dissection pure et simple à l'aide du bistouri.

En ce qui concerne la guérison de la fistule, M. Terrier croit à une guérison spontanée plutôt qu'à l'efficacité du traitement par le collodion.

(*Société de chirurgie.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Quelques mots sur la cocaïne. — II. Nouveaux mode d anesthésie de la peau saine avec la cocaine. — III. La cocaine dans les opérations buccales. — IV. Influence des vapeurs anesthésiques sur les tissus vivants.

QUELQUES MOTS SUR LA COCAINE

par M. Bignon

Pharmacien et professeur de chimie à Lima

Les différents auteurs sont loin d'être d'accord sur la manière d'apprécier la valeur thérapeutique de la cocaïne.

Cette différence d'appréciation provient surtout des différences qu'on observe dans la composition des sels de cocaïne employés.

Pour rendre désormais les expériences comparables, il est nécessaire d'employer l'alcaloïde, en abandonnant complètement l'usage de ses sels commerciaux, dont la composition est très variable, et qui sont sujets à de nombreuses sophistications surtout dans les autres pays que la France, ce qui produit un doute constant dans l'esprit des expérimentateurs.

Si les médecins prenaient l'habitude de prescrire la cocaïne alcaloïde, la proportion entre le médicament actif et le véhicule aurait une signification précise, et on inviterait ainsi bien des contradictions.

Le chlorydrate de cocaïne amorphe qui existe dans le commerce, est hygroscopique, légèrement acide et de composition très variable : il se décompose avec le temps, même à l'état sec et ne contient pas, à un mois de distance, la même quantité d'alcaloïde.

Les solutions de tous les sels de cocaïne à acides minéraux et

presque tous ceux à acides organiques, quand elles ne sont pas parfaitement neutres, sont sujettes à une fermentation qui développe d'abondantes moisissures.

Les solutions de chlorydrate de cocaïne sont précisément celles qui sont les plus favorables au développement des moisissures à la température de 25 à 28 degrés.

C'est donc un médicament incertain, et l'on ne saurait s'étonner que son emploi ait donné lieu à des résultats si contradictoires entre les mains des divers expérimentateurs.

Le benzoate de cocaïne, ou pour parler plus correctement la solution benzoïque de cocaïne, ne se décompose pas avec le temps et ne donne pas lieu à des végétations microscopiques.

De là, sa supériorité sur les autres sels, sans compter sa complète innocuité et sa facile administration. Je crois indispensable d'indiquer le mode d'essai de la cocaïne thérapeutique pure :

1° La dissoudre dans sept fois son poids de benzine froide; la solution doit être transparente, incolore et ne pas laisser de résidu.

2° Agiter la benzine, par deux fois, avec son volume d'eau acidulée d'acide chlorydrique à cinq pour cent, et précipiter ces eaux acidulées par le carbonate de soude en excès.

3° Le précipité séché, traité par l'éther, donnera le poids initial de la cocaïne essayée, si celle ci était pure.

Si l'on soupçonne la cocaïne d'être mêlée à d'autres alcaloïdes solubles dans la benzine et l'éther, on aura recours au procédé indirect qui suit, basé sur la destruction totale que subit la cocaïne dans une solution alcaline portée pendant quatre heures à la température de l'ébullition.

On fait bouillir pendant quatre heures dans une eau alcaline, un poids donné de la cocaïne suspecte, on précipite ensuite par le carbonate de soude en excès, et l'on dissout dans l'éther. Le poids d'alcaloïde retrouvé représente la quantité d'alcaloïde étranger, puisque toute la cocaïne a été détruite.

La cocaïne obtenue par mon procédé à la benzine et au carbonate de soude est thérapeutiquement pure. Elle a une composition à peu près constante. Elle contient toutes les parties anesthésiantes de la coca. Son action anesthésique est plutôt supérieure à celle de la cocaïne cristallisée chimiquement pure. Elle ne contient que quatre-vingt pour cent environ de cocaïne cristallisée, mais les vingt pour cent restant se composent presque en totalité, d'un corps poisseux, odorant, jouissant de toutes les propriétés chimiques et physiologiques de la cocaïne cristallisée, et n'en différant que par ses propriétés physiques.

Des expériences chimiques ont montré qu'elle ne le cédait en rien à la cocaïne, comme médicament. . . . .

Je crois qu'il y a des cas où il y aurait grand avantage à ne pas donner la préférence aux produits cristallisés et chimiquement purs, et à se servir des principes médiats des plantes, sans les laisser

passer entre les mains des chimistes analytiques, et qu'il est grand temps de réagir contre cette tendance, dans ce qu'elle a de trop intransigeant. Je proclame hautement les services rendus par la chimie à la thérapeutique par la découverte des alcaloïdes et des glucosides : mais je crains que l'on ne tombe dans un excès contraire, et je citerai la cocaïne comme preuve de mon assertion.

Aux considérations scientifiques que je viens d'indiquer, j'ajouterai les considérations économiques suivantes : je suis convaincu que si la cocaïne n'est pas d'un usage plus général, cela tient aux prix des sels cristallisés du commerce. La dépense serait manifestement moins considérable, si les médecins des hôpitaux employaient la cocaïne thérapeutiquement pure, qui est d'un prix beaucoup plus abordable, et si les pharmaciens préparaient eux-mèmes extemporanément, avec ledit produit, les solutions salines prescrites par les médecins.

(*Archives de pharmacie, 5 octobre 1886.*)

NOUVEAU MODE D'ANESTHESIE DE LA PEAU SAINE AVEC LA COCAINE· — Le docteur Wagner a décrit à la Société de médecine de Vienne une méthode pour anesthésier la peau saine avec la cocaïne. Il utilise, dans ce but, la propriété du courant galvanique en vertu de laquelle le fluide se meut du pôle positif au pôle négatif. L'électrode positif étant plongé dans une solution de cocaïne et placé sur la peau, et l'électrode négatif posé à une courte distance, en faisant passer le courant, la surface de la peau située entre les deux pôles est anesthésié, Wagner a fait à la clinique du professeur Billroth un grand nombre d'expérience pour déterminer la valeur de cette méthode dans la pratique chirurgicale, et il a vu qu'on pouvait ainsi anesthésier la peau de façon à la rendre insensible aux incisions.

(*Wien. med. Blatt.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES DROITS DE DOUANE.

Des États-Unis et de la France sur les produits servant aux dentistes.

TARIF DES ÉTATS-UNIS.

Dents artificielles.	20	0/0
Plombages métalliques.	45	—
Or pour soudures.	45	—
Dents artificielles échantillonnés.	45	—
Outils dentaires.	45	—
Corindon.	20	—
Caoutchouc dentaire.	25	—
Plombages minéraux.	20	—
Or pour plaque, fil, etc.	45	—

Cire pour empreintes.	20	0/0
Instruments dentaires.	45	—
Mercure.	10	—
Livres dentaires.	2ç	—
Fraises et tous instruments *s'adaptant à la machine dentaire*.	45	—
Machines dentaires.	45	—
Tous appareils renfermant du bois ou du verre dans leur composition.	45	—

(*Progrès dentaire.*)

TARIF DE LA FRANCE.

Outils dentaires (instruments de chirurgie exempts), dents artificielles (porcelaine décorée) . .	20 fr.	les 100	kilogrammes.
Caoutchoucs dentaires (caoutchouc manufacturé)	20	—	—
Or laminé	500	—	—
Or battu en feuilles	2.500	—	—
Meubles à usage de dentistes, fauteuils d'opération.	10 à 15	—	—

Le *Progrès-dentaire* ayant publié les renseignement ci-dessus, nous avons jugé utile de faire connaître le taux des droits d'importation en France sur les mêmes matières.

Les chiffres que nous a fournis l'administration des douanes, et que nous reproduisons, sont empruntés au tarif général, et non aux différents traités de commerce que nous avons avec certains états. Traités qui abaisseraient encore le tant pour cent dans le cas de stipulations particulières, ce dont nous doutons. — Le tarif américain établit des droits *ad-valorem*, et on voit que pour certains produits, dents artificielles, outils dentaires, etc. il majore de près de moitié le prix de vente. Par contre, les prix du tarif français, basés sur le poids, n'augmentent que peu le prix d'achat des fournisseurs ou des dentistes qui s'approvisionnent à l'étranger. 20 fr. les 100 kilog. de dents avec leurs cires, équivaut à un droit de 2 fr. pour 1,000 dents, 0.002 par dent; l'or en feuilles paie 2,500 fr. les 100 kilogrammes ou 25 fr. par kilog.; or un kilog. d'or fait au moins 250 cahiers, ou par cahier 0 fr. 10, tandis que le tarif américain demanderait pour un cahier de 3 grammes 6. (évalués hypothétiquement à 4 fr. 50 le gramme) 7 fr. 29.

M. Trélat nous disait à l'une de nos inaugurations qu'il espérait que nous cesserions de subir un jour l'importation pour faire de l'exportation. Cela est possible non seulement possible pour les idées et les hommes mais encore pour les produits servant aux dentistes. Nos lecteurs savent qu'il y a là des affaires d'une réelle importance. Nous serions heureux de voir le gouvernement user un peu de représailles, et par l'élévation des droits sur les produits importés forcer nos concurrents à nous traiter sur un pied un peu plus favorable, en abaissant leurs

droits ; à moins qu'ils ne veuillent subir des conditions égales à celles qu'ils nous imposent. Nous accueillerons toutes les demandes de rectification qu'on voudra bien nous envoyer à cet égard.

P. D.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

Conseil de direction. — (Résumé des procès-verbaux)

Séance du 7 septembre 1386

Présidence de M. GARDENAT

Procès-verbal. — Correspondances diverses. — Demande d'admission de M. Thomas Willa de Mayorque, présenté par MM. Dubois et Ad. Dugit. — Demandes d'admissions d'élèves.

M. le secrétaire général annonce que l'*Officiel* a rectifié l'erreur qui s'était glissée dans la publication du décret de nomination du directeur de l'Ecole comme chevalier de la Légion d'Honneur.

Le Conseil décide que les suppléances faites d'une façon effective par les professeurs suppléants avant le vote du règlement spécial, compteront pour obtenir le titre de professeur titulaire.

MM. Godon et Viau annoncent qu'ils ont visité à Rouen le dispensaire dont M. Bugnot a créé et dirige le service dentaire. Ce service fonctionne déjà depuis plus d'un an et donne d'excellents résultats.

M. Quiroga frère fait parvenir à la Société, avec ses remerciements, la somme de 200 francs, prêtée par la Caisse de Prévoyance de la Société à son feu frère pendant sa dernière maladie.

Le concours pour les postes de professeurs suppléants d'odontologie et de chefs de clinique est définitivement fixé aux dimanches 19 et 26 septembre.

Le Jury d'examen est composé de M. le Dr David, directeur de l'École, président ; M. Wiesner, représentant du Conseil de direction, et des professeurs MM. Aubeau, Poinsot, Pillette, et en cas d'absence de l'un d'eux, de MM. Thomas et Viau.

M. le Dr Sicard D. E. D. P. est nommé démonstrateur à l'Hôpital Dentaire pour l'année scolaire 1886-87. La date de l'inauguration des cours de l'Ecole est fixée au samedi 30 octobre.

La commission chargée de s'occuper de l'organisation de cette cérémonie est ainsi composée : MM. Chauvin, Ad. Dugit, Godon, Ronnet, Viau.

Il est décidé que le banquet annuel de l'Association, qui a été retardé cette année, aura lieu la veille de l'inauguration, soit le vendredi 29 octobre 1886.

La commission du banquet est ainsi composée : MM. Brouin, Pigis, Papot. Le Conseil décide que la 7e circulaire sera tirée à 3,000 exemplaires et en fixe le prix.

M. le Dr Levett propose que les élèves soient obligés d'avoir leur tour à fraiser.

Le Conseil après discussion décide qu'il statuera à la prochaine séance.

Séance du 28 septembre 1886

Présidence de M. Poinsot.

Procès-verbal. — Correspondance. — Le secrétaire général fait part aux Conseil de la visite à l'Ecole du Dr Telschow, de Berlin, et des démonstrations qu'il a faites en présence des professeurs et des élèves, le vendredi 23 et le dimanche 25 septembre, sur l'anesthésie locale par les injections sub-gingivales de chlorhydrate de cocaïne pour l'extraction des dents.

Le Conseil vote des remerciements à M. le Dr Telschow, qui a déjà, à plusieurs reprises, fait des dons et d'intéressantes démonstrations à notre Société, dont il est, du reste, membre honoraire. Le sécrétaire général dit qu'il a reçu de la préfecture de police de Paris l'arrêté d'autorisation de la Société..

Demande d'admission d'élèves. M. Fernand Mamelzer offre, pour son entrée comme élève à l'École, un fauteuil d'opération pour la Clinique.

MM. White remercient la Société du diplôme de bienfaiteurs qui leur a été adressé. M. le Dr Siccard écrit, qu'obligé de quitter Paris, il ne peut accepter le poste de démonstrateur et remercie le Conseil.

M. Thomas Willa de Majorque est admis comme membre de l'Association.

Le Conseil de direction, sur le rapport du bureau, décide l'expulsion définitive de l'école d'un élève qui s'est rendu coupable de manquements graves au règlement.

Le Conseil décide qu'il sera accordé une bourse à un élève pour pouvoir continuer ses études.

Le Secrétaire général, consulté par un membre de la Société diplômé de l'École sur l'envoi qu'il a fait à sa clientèle de prospectus dans la ville qu'il habite, a cru devoir désapprouver ce mode d'annonce. Après discussion, le Conseil décide que d'une façon générale il désapprouve les divers moyens de publicité journellement employés, tels que prospectus ou réclames dans les journaux politiques, et qu'il souhaite de voir les diplômés qui ont puisé à l'école les règles de l'honorabilité professionnelle abandonner ce mode de publicité peu digne d'une profession libérale.

M. Viau donne lecture au nom du jury du rapport sur les concours pour les postes de professeurs suppléants d'odontogie et de chefs de clinique.

Il constate, les avantages du concours, les excellents résultats

qu'il a donnés et propose de nommer comme professeurs suppléants d'odontologie :

Section de thérapeutique spéciale : M. P. Dubois, D. E. D. P., ex-chef de clinique ;

Section de clinique : M. R. Chauvin, D. E. D. P., ex-chef de clinique ;

Section de clinique : M. Ch. Godon, D. E. D. P., ex-chef de clinique ;

Comme chefs de clinique : MM. Gillard, D. E. D. P., ex-démonstrateur ; L. Régnard, D. E. D. P., ex-démonstrateur et Tussaud, D. E. D. P., ex-démonstrateur.

Le jury propose également la nomination comme chef de clinique de prothèse de M. L. Meng, D. E. D. P.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Godon avait avant l'examen remis sa démission de secrétaire général et de sous-directeur pour la régularité du concours. Le Conseil n'accepte pas cette démission qui est retirée après le vote sur le rapport du concours.

Le Conseil nomme démonstrateur à l'Hôpital dentaire M. Papot, D. E. D. P.

Le Conseil de direction sur la proposition du secrétaire général et après discussion, considérant la communication faite à la Société d'odontologie de Paris par M. Chauvin sur l'aurification de l'or mou :

1° Décide que les professeurs de dentisterie opératoire devront, pendant la prochaine année scolaire, donner à l'enseignement de l'or mou à la clinique une plus grande importance ;

2° Invite M. Chauvin à venir faire à la clinique des démonstrations de son procédé spécial d'aurification à l'or mou et à en faire faire des applications par les élèves.

Le texte de la 7e circulaire annuelle est définitivement adopté avec ses dernières modifications.

Le Conseil décide que l'administration de l'Ecole devra après étude intenter des poursuites judiciaires contre les dentistes qui prennent indûment la qualification de Diplômé de l'Ecole.

Le Secrétaire Général,

CH. GODON.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Examens de fin d'année

SESSION D'OCTOBRE 1886

Les examens de fin d'année pour la session d'octobre se sont terminés le vendredi 15 octobre, par la lecture de la dissertation écrite. Ils ont donné les résultats suivants :

Examen général (fin de troisième année). Les élèves dont les noms suivent ayant obtenu un nombre de points supérieurs au minimum exigé par le règlement spécial des examens ont obtenu le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris.

Ce sont : MM. Duvoisin, Mare, Gelinier, Maurou, Levrier, Lehmann, Henon, Fanton.

7e CIRCULAIRE ANNUELLE

La 7e circulaire annuelle a été publiée et envoyée à tous les dentistes de Paris, de la province et de l'étranger.

Ceux qui ne l'auraient pas reçu sont priés de la réclamer à l'administration de l'Ecole, 23, rue Richer.

AVIS

Cette brochure contient en même temps que la circulaire annuelle de l'Ecole, l'Annuaire Général de l'Association générale des Dentistes de France.

Nous espérons la compléter cette année — pour cela nous prions nos confrères de nous signaler les erreurs ou les omissions qu'elle pourrait contenir. Il en est plusieurs qui sont dues à l'imprimeur, notamment dans la liste des membres de l'Association dont plus d'une vingtaine de membres ont été omis — ainsi que dans la liste des diplômés.

EXAMEN D'ENTRÉE

Il se compose pour les candidats au cours de première année (voir art 91-92) d'épreuves théoriques sur les matiêtes suivantes :

Français, dictée, arithmétique, fractions, système métrique ; géographie générale, mais plus spécialement de la France, histoire générale, mais plus spécialement de la France, éléments de géométrie.

L'étudiant est de plus interrogé à son choix sur une des quatre matières suivantes :

Eléments de physique, de chimie, d'histoire naturelle et de mécanique.

Pour les candidats aux cours de deuxième ou de troisième année (voir articles 95-96-97), l'examen se compose seulement des épreuves pratiques, exigées des élèves à la fin du cours de première ou deuxième année.

JURY DE L'EXAMEN

Pour les candidats au cours de l'année. — MM. Aubeau, Gérard et Thomas.

M. R. Chauvin, président de la commission des examens.

Pour les candidats aux cours de deuxième et de troisième année. — Dentisterie opératoire : MM. Levett et Ronnet ; prothèse dentaire, M. Viau.

OUVERTURE DES COURS

Par suite des fêtes de la Toussaint, les cours ne commenceront, cette année, que la deuxième semaine de novembre, soit le lundi 8.

AVIS

L'administration, décidée à exercer des poursuites contre les dentistes qui prennent indûment les titres décernés par l'Ecole Dentaire de Paris, prie les membres de l'Association et les diplômés de lui adresser les documents publiés, tels que prospectus et journaux contenant ces vérifications de titres.

M. le secrétaire général de la Société d'Odontologie a l'honneur de rappeler aux membres de la Société que les réunions ont lieu le second mardi de chaque mois, à huit heures précises, au siège de la Société, 23, rue Richer. MM. les membres qui doivent faire une communication, sont priés d'en donner avis quinze jours d'avance au bureau, en indiquant le sujet de leur communication. La première réunion pour l'exercice 1886-87, aura lieu le mardi 12 octobre 1886.
Prière d'adresser toute correspondance à M. le Secrétaire général de la Société d'odontologie, 23, rue Richer ou à M. G. Blocmann, 18, rue des Pyramides.

Il est rendu compte de tout ouvrage intéressant l'Art Dentaire dont on fait remettre deux exemplaires au bureau du journal.

Les demandes de renseignements doivent être accompagnées d'un timbre pour la réponse.

On demande un apprenti, s'adresser 5, cité Trévise.

Ancien et très bon cabinet à céder après fortune. Fait actuellement affaires 30.000 à 35.000 francs. *Affaire très avantageuse.*
S'adresser 52, rue Richer, M. Guillois.

Un mécanicien qui a été assistant-opérateur chez le docteur Herbst, demande une place de mécanicien à Paris.
S'adresser à M. Heidé, 3, rue d'Argenteuil.

Un opérateur diplômé de l'Ecole dentaire de Paris demande une place pour l'après-midi.
M. F..., 51, rue de Cléry.

On désire céder au tiers de sa valeur : 1° un fauteuil mécanique fonctionnant très bien, prix 150 francs ; 2° un pied en fonte (modèle spécial) supportant tablette mobile et crachoir, prix 90 francs, a coûté 160 fr.
S'adresser à MM. Godard et Gontenau, 7, rue du Bouloi.

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat

VOL. 6. Paris, Novembre 1886. N° 11

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR NOVEMBRE 1886

M. Paul Bert n'est plus.

Si sa mort prive la France d'un de ses plus illustres enfants, elle enlève aux dentistes français, à l'Ecole dentaire de Paris, un défenseur éloquent, un ami sincère.

C'est notre honneur d'avoir été si franchement défendu par cet esprit supérieur.

Il avait servi notre art par ses découvertes scientifiques, la greffe animale, l'administration du protoxide d'azote sous pression, son mélange avec l'oxygène, le chloroforme donné en quantités titrés. Il l'avait encore servi par son éclatante parole, faite de bon sens et de bonne humeur. Son esprit logique, avait vite discrané la seule solution qui peut assurer le développement des services et des progrès de notre art. — La liberté.

Désormais il est de ceux dont l'histoire redit les noms. Sa vie fut un enseignement, sa mort un exemple. Le contre-coup que tout français a ressenti, en apprenant cette mort imprévue, a été profondément douloureux pour les nôtres.

Nous sommes fiers que ses encouragements figurent dans nos annales.

PAUL DUBOIS.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COMPTE RENDU

DE LA

Septième séance annuelle

DE

RÉOUVERTURE DES COURS ET DE DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

Sous la présidence

DE

M. MESUREUR, Président du Conseil Municipal de Paris

30 octobre 1886

La septième séance annuelle d'ouverture des cours de l'Ecole Dentaire de Paris a eu lieu le samedi soir 30 octobre 1886, sous la présidence d'honneur de M. Lockroy, Ministre du Commerce et de l'Industrie. M. Mesureur, Président du Conseil Municipal de Paris, avait bien voulu accepter la présidence effective.

Le Conseil de Direction avait, comme l'année précédente, accepté avec reconnaissance la grande et luxueuse salle des fêtes de la mairie du 9e arrondissement que le maire avait gracieusement mise à sa disposition.

Une foule nombreuse de notabilités scientifiques et politiques médicales et professionnelles se pressait dans cette salle, splendidement décorée pour la circonstance.

On remarquait notamment plusieurs des professeurs de la Faculté de médecine, membres de l'Académie de médecine, de la Faculté des sciences, des députés, des sénateurs, des membres du conseil municipal de Paris, le directeur des sociétés professionnelles au ministère de l'intérieur, M. Barberet, etc., etc., et les représentants des journaux les plus importants de la presse parisienne.

Comme on le verra par ce compte rendu, cette cérémonie a eu tout l'éclat des années précédentes; elle promet même d'avoir dans un avenir rapproché les conséquences les plus heureuses pour les succès et l'affermissement de notre institution.

Après avoir gagné à l'œuvre qu'il dirige, l'appui des hommes les plus éminents dans la science, les professeurs U. Trélat, Verneuil, Brouardel et celui que la mort vient d'enlever si brusquement à notre pays, le savant Paul Bert, le Conseil de direction a voulu aussi, lui, chercher parmi les membres du gouvernement, parmi

les représentants de la Ville de Paris, de puissants et autorisés parrains.

Le sympathique ministre du commerce, M. Lockroy, avait ac cepté avec empressement la présidence de cette cérémonie ; mais les événements politiques de ces derniers jours ne lui ont pas permis de faire l'ouverture à notre date habituelle. Notre directeur lui proposa alors d'accepter la présidence honoraire de la séance et de nous réserver la présidence effective d'une fête que nous nous ptoposons de donner prochainement à l'occasion de notre reconnaissance d'utilité publique. Dans une lettre très flatteuse écrite à M. David, le ministre accéda à ce désir, promettant ainsi à notre Ecole le bienveillant appui qu'il lui a déjà témoigné en décorant son directeur.

Le président du Conseil municipal de Paris, M. Mesureur, a bien voulu, lui aussi, accepter ce parrainage.

Il est venu apporter à cette Ecole que la Ville de Paris subventionne, l'influence qui s'attache aux hautes fonctions dont il est chargé en ce moment — et l'espérance de voir se réaliser prochainement le rêve des fondateurs et des partisans de l'Ecole dentaire, celui que formulait P. Bert, à la séance de 1884: l'installation de notre Ecole française dans un monument semblable à ceux que possèdent les Ecoles dentaires américaines.

Le succès persistant de notre œuvre que vient confirmer chaque année celui de semblables cérémonies nous encourage à persévérer dans la voie que nous avons choisie; c'est pour nous la preuve que l'on apprécie de plus en plus le but élevé que nous poursuivons depuis plus de sept ans;c'est-à-dire, par notre clinique gratuite, le soulagement de ceux qui souffrent ; et, le relèvement de l'art dentaire en France par cet enseignement professionnel libre, qu'un développement et un perfectionnement graduel et continu ont porté à un certain degré de perfection.

C'est par cet enseignement nouveau en France que nous avons formé cette pléiade de jeunes praticiens, déjà connus et estimés du public et que nous avons replacé aux mains de nos compatriotes, une branche du travail national sur le point de passer dans celle des étrangers.

C'est cette jeune et vaillante phalange des *Diplômés de l'Ecole dentaire de Paris* qui partout a obtenu pour les dentistes une considération supérieure à celle dont jouissaient nos prédécesseurs, le public reconnaissant rapidement que dans leurs villes respectives, ils exercent leur art avec savoir et conscience.

C'est à l'Ecole Dentaire de Paris que sont dus tous ces résultats.

Ne nous étonnons donc plus si tout ce que la France compte d'éminent tient à apporter à l'œuvre toujours grandissante ses félicitations et ses encouragements, si après les savants comme Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, les chefs du gouvernement comme Lockroy, les représentants de la Ville de Paris comme

Mesureur, viennent l'assurer de leur bienveillant appui, lui apporter leur sympathique concours.

A neuf heures, Monsieur Mesureur prend place sur l'estrade au milieu des membres du Conseil de Direction et du corps enseignant de l'Ecole. — Il ouvre la séance et donne connaissance de nombreuses lettres d'excuses : de M. le professeur Brouardel, président du Conseil d'hygiène, de M. Y. Guyot, député de la Seine, de M. Evellin, inspecteur de l'Académie de Paris, de M. E. Risler, directeur de l'Institut agronomique, etc., etc.

M. le Dr David, directeur de l'Ecole, prend le premier la parole.

Dans une courte allocution, mais qui a obtenu un très vif succès, il retrace d'une façon succincte la marche de l'Ecole, constate ses succès, rappelle les hommes éminents qui sont venus présider ses séances d'inauguration.

Pourquoi cette anné n'a-t-on point choisi un savant comme MM. Trélat, P. Bert, Verneuil, Brouardel ? L'Ecole a contracté une dette de reconnaissance envers la ville de Paris ; elle a voulu témoigner sa gratitude en offrant la présidence ee cette soirée au représentant de sa bienfaitrice. En souhaitant la bienvenue à l'honorable président du Conseil municipal de Paris, M. David le remercie d'être venu prouver par sa présence, la sollicitude de la ville pour les œuvres d'intérêt général comme l'Ecole dentaire de Paris.

Ce discours est couvert d'applaudissements.

M. Mesureur, dans une improvisation très heureuse et très applaudie, explique pourquoi comme président du Conseil municipal, il a accepté avec plaisir de venir apporter des félicitations à l'Ecole dentaire de la rue Richer, et l'assure des sympathies de la Ville de Paris, qui déjà la subventionne. Le soulagement de ceux qui souffrent et l'enseignement professionnel sont les préoccupations constantes du Conseil municipal, et les institutions qui s'en occupent peuvent être assurées d'avoir son appui.

C'est l'état républicain qui favorise la fondation de semblables sociétés et en assure le développement.

De nombreux applaudissements ont, à différentes reprises, coupé la parole à l'honorable président et salué sa péroraison.

C'est à M. le Dr Decaudin, professeur d'anatomie dentaire à 'Ecole que revenait cette année l'honneur de parler au nom du corps enseignant.

Après avoir constaté au début les excellents résultats obtenus par l'Ecole, les divers sujets traités par ses collègues aux précédentes inaugurations, le jeune et sympathique professeur, se plaçant au point de vue, non de l'art, mais de la science dentaire, retrace dans un style élégant, imagé, poétique même, l'histoire de l'anatomie comparée en France et celle du muséum d'histoire naturelle qui y est intimement liée.

Il s'étend complaisamment sur les richesses qu'il contient pour l'étude de la science dentaire et en recommande la visite aux eunes dentistes.

Le Dr Decaudin obtient les plus nombreux applaudissements.

M. Ch. Godon, secrétaire général et sous directeur de l'Ecole, donne lecture du rapport sur les travaux de l'année. Il rend compte de la situation de l'Ecole au point de vue moral et matériel. Il constate l'état prospère de l'institution dont il raconte sommairement le développement, et souhaite qu'elle obtienne de la Ville de Paris, un local en rapport avec les secours qu'elle rend aux dentistes et aux malheureux. Lorsqu'il rappelle les faveurs accordées par le Gouvernement à divers membres du corps enseignant et du Conseil de direction, et notamment la décoration de la Légion d'honneur obtenue par le directeur de l'Ecole, une véritable ovation est faite au Dr David qui, très ému, remercie en saluant l'assistance.

Le secrétaire général donne ensuite lecture du résultat des examens et de la liste des diplômés de l'année scolaire 1885-86 et proclame les lauréats.

Ces derniers viennent sur l'estrade recevoir leurs prix de la main de M. Mesureur. Chaque nom eoulève de vifs applaudissements.

Comme tous les ans, de généreux donateurs avaient joint aux prix des élèves des dons de livres ou d'instruments, notamment MM. Heymen-Billard et Cornelsen de Paris, M. Gray et son, de Scheffield, et le sympathique président de l'Association générale des dentistes de France, M. E. Lecaudey, qui a fondé un prix annuel.

M. Mesureur prend de nouveau la parole pour remercier le conférencier et les fondateurs de prix.

Afin de laisser à son président un souvenir de cette mémorable soirée, il lui a été offert, par l'Ecole dentaire, une médaille commémorative lui rappelant la date du 30 octobre, et la reconnaissance de tous les dentistes de France, pour le puissant appui qu'il est venu apporter à leur œuvre.

L'honorable président du Conseil municipal a remercié l'Ecole de ce gracieux souvenir et a témoigné en outre le plaisir qu'il avait eu à assister à notre réunion.

Cette soirée viendra s'ajouter à celles, déjà nombreuses, qui ont consacré les succès de l'Ecole.

Tous les assistants ont vu avec la plus grande satisfaction les progrès des dentistes français dans l'œuvre de régénération morale et scientifique de leur art qu'ils ont entreprise seuls, par leur propre initiative, et qu'ils poursuivent avec une persévérance que des succès successifs viennent récompenser.

Il nous faut, en terminant, remercier tous ceux qui, par leur présence, ont concouru au succès de la cérémonie, et notamment tous les organes de la presse politique et scientifique qui en ont rendu compte. Ils nous aident à propager et à faire connaître le but poursuivi : le relèvement de l'Art dentaire en France.

Ch. Godon.

DISCOURS DE M. MESUREUR

Mesdames, Messieurs,

Ce n'est pas sans une certaine émotion que je prends la parole dans cette réunion.

J'ai été très touché de l'invitation que vous êtes venus me faire de présider votre séance de réouverture des cours et des remerciements que vous venez de m'adresser.

Je sais bien qu'ils ne s'adressent pas à l'homme privé, pas même au Conseiller municipal, mais au président du Conseil municipal, au représentant de la Ville de Paris.

Je n'en suis pas moins touché. Vous avez voulu reconnaître la sympathie manifestée par la Ville pour un effort intéressant et qui fait bien augurer de l'avenir de l'initiative privée. (Applaudissements.)

Cette émotion que j'éprouve est justifiée aussi par un autre motif. En présence de ceux qui m'ont précédé dans ce fauteuil, des savants docteurs U. Trélat, Verneuil, Brouardel et de l'éminent professeur Paul Bert, j'estime que cette année, je suis insuffisant pour répondre aux désirs de cette assemblée et satisfaire son attente. Je ne puis faire un discours scientifique. Il m'est impossible d'entrer dans cet ordre de pensées. Je suis un profane dans l'art qui vous distingue. Je ne connais rien à l'art dentaire, à la médecine, et je dois me borner à vous exprimer ici deux sentiments.

Il se dégage de vos travaux deux idées supérieures :

D'abord, l'idée de secours à ceux qui souffrent, à ceux qui sont pauvres, malheureux, et ne peuvent se faire soigner. Vous rendez ainsi de grands services à ce public et c'est là une des plus belles pages de votre fondation. Loin de vous arrêter dans cette tâche, vous devez au contraire l'agrandir chaque jour. (Applaudissements.)

En second lieu le développement de l'enseignement professionnel, capable de former non seulement des mécaniciens-dentistes, non seulement des opérateurs dentistes, mais encore des dentistes experts dans toutes les branches de leur art. A notre époque, l'enseignement professionnel a presque complètement disparu par suite de l'extrême division du travail. Il faut faire des praticiens capables répondant à toutes les nécessités de leur profession. Vous êtes, vous, des initiateurs qui tendez à relever le niveau général du travail, le progrès universel. Votre institution exerce son action non seulement en France, mais encore dans tous les pays en combattant l'emploi trop souvent abusif des titres de médecin, de chirurgien ou de dentiste. Vous ne voulez plus que le public soit encore livré aux mains des hommes ignorants ; vous ne voulez patronner uniquement que des hommes qui forment une élite qui relève votre profession.

Dans votre enseignement, il faut encourager surtout l'amour professionnel, l'amour enraciné de la profession afin de créer des praticiens distingués. J'ai ressenti moi-même les bons effets d'un pareil enseignement. Je recommande donc aux jeunes gens de se consacrer entièrement avec persévérance à cette idée.

Il faut qu'ils comprennent, la portée, le but de leur profession, qu'ils s'y consacrent complètement, qu'ils l'étudient à fond afin de la connaître dans tous ses détails.

Ce côté moral et élevé de la société, faire bien, bien remplir sa fonction, c'est vous qui l'inspirerez.

Je n'ai pas besoin de répondre comme Président du Conseil municipal, au nom de la Ville de Paris, aux vœux que vous m'avez exprimés. Je connais le sentiment de mes collègues de la Ville et je puis affirmer qu'ils seront toujours disposés à augmenter le concours prêté à des écoles comme la vôtre. (Applaudissements).

Je tiens en terminant à vous déclarer que je suis bien heureux d'assister à une fête comme celle-ci ; nous sommes toujours prêts mes collègues et moi à prêter notre concours pour ces cérémonies lorsque l'on nous le demande. Nous devons être heureux de vivre dans ce pays et sous un régime comme celui que nous possédons. Avec la simple volonté de bien faire, vous avez obtenu seuls de très beaux résultats ; tout cela grâce à l'Etat républicain qui vous permet ces œuvres d'initiative privée. Je vous demande de persévérer dans la voie où vous êtes entrés et vous continuerez à obtenir avec l'approbation générale, les succès qui sont dus aux œuvres inspirées par l'intérêt public. (Applaudissements répétés.)

Puis après avoir décerné les récompenses, M. Mesureur voulut bien ajouter les paroles suivantes :

Mesdames, Messieurs,

Avant de terminer cette charmante soirée, je crois être l'interprète de l'assemblée en remerciant le conférencier qui nous a prêté le talent de sa parole.

Vous avez constaté avec quel atticisme, avec quelle poésie il vous a fait entendre d'intéressantes pages de sciences si difficiles à écrire.

J'ai à adresser un autre remerciement, au nom de l'Ecole dentaire, à M. E. Lecaudey, président de l'Association générale des dentistes de France, ainsi qu'à MM. Heymen-Billard, Cornelsen et Gray and Son de Scheffield pour les dons qu'ils ont bien voulu offrir comme récompenses.

Je vois dans cette assemblée de personnes qui s'intéressent à un art, un élément précieux pour la réunion de tous les membres d'une même famille, (une profession n'est-elle pas une famille), et la promesse d'une union plus grande pour l'avenir. Je souhaite pour terminer que de nouvelles récompenses viennent encourager vos efforts. (Applaudissements prolongés).

DISCOURS DE M. LE Dr TH. DAVID

Directeur de l'Ecole dentaire

Mesdames, Messieurs,

Notre jeune école a aujourd'hui sept ans. C'est pour fêter cet anniversaire que nous vous avons conviés ici.

L'œuvre que j'ai l'honneur de diriger a franchi les périodes difficiles. Après une naissance laborieuse elle a dû lutter pour son existence, pour s'affirmer. Mais, aujourd'hui, l'enfant est vigoureux, déjà il montre ses dents de sagesse; il a conquis sa place et une belle place au soleil, il demande son droit de cité.

Le premier des élus de la ville de Paris a bien voulu venir le lui conférer en acceptant la présidence de cette réunion.

En mon nom, au nom du conseil de direction, au nom de l'école tout entière, je vous prie, Monsieur le président du conseil municipal, de vouloir bien agréer nos sincères remerciements.

Nous considérons, à juste titre, votre présence parmi nous, comme une récompense des efforts que nous avons tentés depuis sept ans.

Dans un instant, notre secrétaire général vous fera connaître les résultats obtenus, je puis dire nos progrès, qui n'ont fait qu'augmenter d'année en année. Mais il m'appartient d'indiquer à qui nous les devons.

C'est aux forces vives des organisateurs de l'œuvre, qui n'ont rien épargné, ni leur temps, ni leur peine, ni leur argent;

C'est au zèle d'un personnel à peine rétribué, au dévouement désintéressé de tous les professeurs, au bon vouloir des élèves;

C'est encore à la généreuse ville de Paris, qui a bien voulu nous comprendre dans les faveurs dont elle a toujours su honorer le travail, le progrès.

Cette période de difficultés n'a cependant pas été sans éclat, et, même, sans nous procurer des satisfactions, qui nous ont largement dédommagés de nos peines.

Certaines années n'ont-elles pas été l'occasion d'un véritable triomphe pour notre école? Il me suffit de rappeler les séances que sont venus présider mes maîtres et amis : M. Trélat, M. Verneuil, M. P. Bert, M. Brouardel. Certes, aucun de nous n'a oublié l'empressement flatteur que ces illustres savants ont mis à venir occuper ce fauteuil présidentiel, à apporter à notre œuvre naissante l'appui de leur haute personnalité et attirer ainsi à nous les sympathies du corps médical.

Nous avons reçu d'eux une consécration scientifique à laquelle nous sommes également redevables d'une partie de nos succès.

Aujourd'hui notre enseignement est organisé sur des bases so-

lides; et son programme le fait supérieur à tous ceux qui avaient été créés à l'étranger. Il a été reconnu bon par nos présidents honoraires, et il est reconnu bon par les élèves qui nous arrivent de tous les points de la France, de l'étranger et même de l'Amérique, qui nous avait cependant devancés en date.

Si nous ne sommes pas encore parvenus à libérer complètement nos compatriotes du tribut qu'ils payaient aux dentistes étrangers, nous entrevoyons ce résultat dans un avenir assez rapproché. Et ce résultat, Messieurs, nous pouvons en être fiers ! car, en cherchant à l'obtenir avec nos propres ressources, nous avons tous la conscience d'accomplir une œuvre scientifique, je dirai plus, patriotique.

Rien ne paraît donc manquer à notre école. Et cependant !

Si nous aimons à contempler le chemin parcouru, nous voulons aussi, en organisateurs tenaces, en pères ambitieux, assurer dans l'avenir le sort de notre œuvre.

Il ne serait point sage, croyons-nous, de le confier au dévouement, à des efforts purement individuels, qui, choses fragiles, peuvent un jour nous faire défaut. Nous voulons lui trouver un soutien impersonnel plus durable que l'énergie des fondateurs.

Ce soutien nécessaire, le trouverons-nous auprès de l'Etat? Devons-nous espérer une place officielle dans l'Université alors que nous attendons encore la reconnaissance d'utilité publique ?

Plus libérale, la Ville de Paris nous fait meilleur accueil ; depuis deux ans elle nous subventionne, et aujourd'hui elle vient assister à cette fête en la personne de son premier représentant. C'est donc sur elle, Messieurs, qu'il faut fonder notre espoir le plus sérieux.

Aussi, nous vous prions, Monsieur le président, de vouloir bien transmettre au conseil municipal nos remerciements les plus sincères.

Un mot encore avant de terminer.

Il y a quelques jours, M. le professeur Ollier, président du Congrès des chirurgiens français, rappelait que la CHIRURGIE FRANÇAISE, FONDÉE il y a trois siècles par A. PARÉ, avait toujours conservé le pas sur les écoles rivales qui se sont successivement élevées à l'étranger. Espérons, Messieurs, que grâce à nos efforts et à ceux de nos successeurs, grâce aux encouragements nouveaux qui nous arrivent chaque année, L'ART DENTAIRE FRANÇAIS, CRÉÉ PAR FAUCHARD, et rapidement devenu une branche importante de la chirurgie, conservera, comme sa sœur aînée, la suprématie qu'il a acquise.

CONFÉRENCE DE M. LE DOCTEUR DECAUDIN

Professeur d'anatomie spéciale à l'Ecole Dentaire de Paris

Mesdames et Messieurs,

Quand j'ai appris que l'honneur de prononcer un discours me revenait cette année j'ai éprouvé deux sentiments bien différents :

Celui de la peur et celui de la joie.

La peur résidait dans le fait de porter la parole en public devant un nombreux auditoire, rehaussé de la présidence d'honneur accordée au premier magistrat de notre cité. Ce sentiment est inséparable d'un premier début, il se double de la préoccupation que doit avoir tout orateur : celle de n'ennuyer personne.

La joie résidait à son tour, dans l'idée que j'avais enfin trouvé l'occasion de vous dire tout le bien que je pense de vous, messieurs, et de votre Ecole.

A ces deux sentiments si divers se joint une autre peine : *l'embarras du choix d'un sujet de discours*, mot sonore et auquel je préfère celui de *conférence.*

J'ai à ce propos consulté les annales de vos séances d'inauguration, et j'ai constaté que tout avait été dit et très bien dit au sujet de votre profession et de l'estime dans laquelle nous tenons votre spécialité.

M. le docteur Thomas, tout à fait au début de l'Ecole, a fait brillamment l'historique des dentistes, chirurgiens et barbiers depuis les temps les plus reculés, M. le docteur Aubeau a fait l'étude des spécialités en l'art de guérir. Notre confrère le docteur Gérard, vous a parlé des applications nombreuses des sciences dites accessoires et par cela même indispensables à l'art dentaire. Enfin notre chirurgien le docteur Prengrueber a parlé éloquemment des applications de la chirurgie à l'art dentaire; de l'anesthésie indispensable, qui fut votre découverte. L'an dernier votre cher Président le docteur David reprenait toutes ces questions et en formait un faisceau complet auprès duquel je n'ai plus rien à glaner.

Mon embarras persiste.

S'il est vrai cependant que chaque professeur doive faire une conférence qui résume les tendances de la partie scientifique qu'il enseigne, j'avoue humblement qu'en ma qualité de professeur d'*anatomie dentaire humaine et comparée*, je reste de nouveau embarrassé.

Je ne puis en effet en présence d'un auditoire si sympathique qu'il soit, entreprendre une conférence sur l'utilité d'apprendre l'anatomie.

Quand je vous aurai dit que cette étude nous charmait lors de la première année, mais que sitôt initiés, dès la deuxième année nous voulions tout savoir : le secret de la vie aussi bien que celui

de la mort que nous voulons tout guérir, je vous aurai raconté du même coup nos déboires et la vanité de nos présomptions. Nos maîtres d'alors nous renvoyaient souvent à notre grammaire latine, c'est-à-dire au savant Cruveilher « allez apprendre vos os » nous disait-on. C'était justice.

Ce qui nous est advenu dans nos débuts, je pourrais à mon tour vous le répéter. « Etudiez votre anatomie dentaire avant de songer à guérir. »

Mais outre, que je ne puis insister sur ce sujet par trop pédagogique et suranné, j'aurais mauvaise grâce à vouloir vous intéresser tout une soirée au chapitre de l'anatomie dentaire. Ce chapître est trop aride : il est relatif aux maxillaires bien formés et aux dents parfaites. Phénomènes qu'hélas votre profession ne vous permet pas de contempler; et que mon enseignement seul peut vous laisser entrevoir comme une chose rêvée, comme un mythe.

Le désir de guérir et de soulager est inné. L'étude de l'anatomie est indispensable sans doute, mais tout arrive à son temps, et chaque étude veut une durée réelle d'application.

Plus tard, d'ailleurs, les idées changent, tout se condense, la science des malades devient forcée, journalière et par un juste retour de l'esprit on se reprend, dans les bonnes heures, aux idées saines et l'on revient insensiblement à l'admiration des choses belles en soi : L'anatomie normale nous reprend et nous revenons avec passion à l'homme sain, robuste, dont les fonctions justement équilibrées permettent l'accomplissement régulier de la vie.

Mens sana in corpore sano.

Il en est de même pour vous. En voyant toutes les misères de notre dentition : caries, malformations, anomalies de toute sorte n'éprouvez-vous pas parfois le désir de vous transporter par la pensée à l'idéal de la forme anatomique?

Si ce désir vous tient ardemment, nous sommes d'accord et je reste ravi de mon rôle à votre Ecole, car, libre de tout souci, certain que je ne vous ennuierai pas, je puis avec vous parcourir un nouveau champ d'observation, où la maladie sera réléguée au loin, et désormais entamer le sujet de cette conférence.

L'anatomie comparée m'en fournit le sujet et une promenade au Museum m'en a donné l'idée.

Les dents humaines, me suis-je dit, ne sont pas parfaites. Les dents des animaux le sont peut-être — allons voir au Jardin des Plantes.

Je me rendis en effet dans ce magnifique jardin et mille idées me vinrent en foule.

Le nom des grands hommes qui se sont occupés d'anatomie comparée se trouve à chaque coin de rue : Buffon, Cuvier, Daubenton, Geoffroy Saint-Hilaire, Jussieu et tant d'autres.

Tous ces illustrss naturalistes ont basé leur classification d'animaux sur les dents qui en dépit de tout, restent les derniers verti-

ges inattaquables, grâce à leur émail, de tout animal qui a vécu: préhistorique, fossile ou moderne.

Ces savants ont lutté pour fonder leur école, pour étendre leur prestige et pour entraîner à leur suite les dépositaires du pouvoir royal ou national, enfin pour se placer sous le protectorat efficace des gens qui sont influents et puissants, et cela au grand profit du sanctuaire qui ne cesse de s'embellir tous les jours.

Toutes ces réflexions fixèrent mon sujet.

1° Faire l'histoire du Jardin des plantes;

2° Retracer les luttes et les vicissitudes de l'Ecole du Museum à travers toutes les époques troublées (luttés de fondation surtout, communes à toutes les écoles).

3° Enfin vous faire admirer les riches collections qui ont trait à votre art.

Tels sont les trois points que je vais essayer d'esquisser devant vous.

Sous Louis XIII, Herouard et Guy de la Brosse, obtinrent du roi des lettres-patentes, leur permettant d'acqucrir dans le quartier Saint-Victor un terrain convenable pour fonder le *Jardin royal des herbes medicinales.*

Vingt-quatre apens leur furent octroyés, y compris la butte d'immondice, dite la butte des Copeaux, sur laquelle on a élevc plus tard le labyrinthe.

Ce jardin devenait une véritable école de pharmacie. On ne s'y occupait que des plantes qui entraient dans la composition des drogues,

Guy de la Brosse, médecin du roi, en relation avec Richelieu et toute la cour, sollicita de tous l'envoi de plantes qui pussent faire honneur à la nouvelle institution, il obtint ainsi trois mille plantes et les cultiva avec Vespasien Robin, arboriste du roi.

Le Jardin des Plantes était fondé.

Les apothicaires, grands maîtres en culture, y prirent le nom de Conseillers médecins, et là, sous la direction de Guy de la Brosse, travaillèrent ardemment.

Guy de la Brosse touchait de ce fait 6,000 livres et avait un beau jardin. Tandis que Guy-Patin, doyen de la Faculté de médecine, n'avait pour tout domaine que la petite maison de la rue de la Bûcherie, derrière l'Hôtel-Dieu, d'où les chirurgiens partaient de nuit pour aller, au charnier de Clamart, déterrer les morts non réclamés de l'Hôtel-Dieu (dit Mercier). Il mourut de la grande dispute (1688) sur le quinquina et sur l'antimoine, tout en assistant eu triomphe des plantes médicinales qui, du moins, rapportaient honneur et profit.

On comprend facilement la haine de la Faculté contre cette institution rivale. Le séné triomphait de la lancette. Les médecins réclamèrent; mais Louis XIII, en bon fils d'une Médicis, préférait les herbes et donna gain de cause à son médecin, tout en passant outre aux réclamations des docteurs.

Après la mort de Guy de la Brosse, le jardin tombait en déca-

dence, quand Fagon, petit neveu de ce dernier, médecin de Louis XIV et professeur à l'Ecole de médecine, fut nommé intendant du Jardin royal des Plantes médicinales. Sa direction imprima un nouvel élan à la culture du jardin.

Grand amateur de botanique, il sut se dérober aux sollicitations de la cour, qui le choyait, et se consoler, en cultivant les plantes, de ses déboires fameux à l'Ecole de médecine, où il soutenait contre tous la théorie de la circulation du sang, alors toute nouvelle. La découverte de Harvey, médecin de Charles Ier, est, en effet, de 1651. Fagon appela pour l'enseignement Tournefort et Jussieu.

Après Fagon, tous les médecins du roi furent de droit intendants du Jardin des Plantes. Aussi y eut-il des exactions commises. Ce gros privilège devait entraîner des abus. En effet, ces médecins firent un vignoble du terrain qui était destiné aux végétaux scientifiques et qui descend vers la Seine. L'endroit, d'ailleurs, était bien choisi. Mais Colbert vint, qui mit bon ordre à cet état de choses, et, d'un coup de pioche, ce grand redresseur de torts démolit l'ouvrage commencé. Il trouvait sans doute que le chasselas n'était pas assez médicinal.

Depuis lors, les médecins du roi ne jouirent plus obligatoirement du privilège.

C'est à cette époque que Buffon survint : 1739.

Il fut nommé surintendant du Jardin, dont il biffa l'ancienne inscription pour y substituer celle du Jardin du Roi. Ce grand savant donna à l'ancien jardin sa véritable destination. Il voulut en faire le majestueux sanctuaire des sciences naturelles ; il ouvrit, aux dépens de son propre appartement, les galeries d'histoire naturelle et s'en fut demeurer, 23, rue des Fossés Saint-Victor.

Ce Buffon, homme de cour, cavalier élégant, qui n'écrivait, dit-on, ses belles pages qu'en grande toilette, l'épée au côté et avec de fines manchettes sur les mains, était, au contraire, un savant dans toute l'acception du mot. Il sut, comme Montesquieu, avoir le courage de la solitude et scandalisa par sa tenue un Cordelier familier, qui venait le visiter en son cabinet de travail du château de Montbars. M. le comte Le Clerc de Buffon écrivait à ce moment et n'avait pris aucun soin de sa toilette.

Ce fut un grand esprit fin et distingué, qui écrivit avec soin, enrichit nos collections, et dont le nom était respecté de toute l'Europe. Le roi de Pologne et l'impératrice de Russie lui envoyaient des caisses dont les pirates eux-mêmes respectrient l'adresse, non pas tant pour ce qu'elles contenaient ni parce qu'elles étaient envoyées par des monarques, mais parce qu'elles portaient un nom universellement connu et respecté.

Arrive la révolution 1792. Bernardin de Saint-Pierre, l'auteur de *Paul et Virginie* et des *Harmonies de la Nature,* l'ami de Jean-Jacques Rousseau, est nommé intendant du Jardin des Plantes, qu'on n'osait déjà plus àcette époque nommer Jardin du Roi.

Il employa tous ses efforts à détourner du Jardin l'orage révolutionnaire.

La Convention sauva cette institution, et Lakanal effaça par un décret le nom de Jardin du Roi et l'appela « Muséum d'histoire naturelle ». La même Convention (juin 1793) fonda douze chaires — entre deux batailles. — Depuis lors, ce Jardin, maintenu et entretenu par les descendants de la Révolution, n'a plus souffert d'outrages. Les dons, les cadeaux des marins (Dumont-d'Urville, Baudry et Freycinet, pour ne citer que les plus connus), en ont fait un modèle de musée, où tout le monde organique connu semble devoir désormais recevoir sa description complète.

Ne parlons qu'en passant des obus de 1870. L'illustre centenaire Chevreul a protesté, comme chacun sait.

Sans plus vouloir insister sur l'histoire du Jardin, il est bon, à notre point de vue d'anatomiste et de naturaliste, de savoir comment le Jardin des Plantes est devenu le séjour des animaux et comment ceux-ci ont été apportés pour peupler ce paradis botanique.

L'idée d'avoir des animaux vivants dont on pût étudier les mœurs et les habitudes était veune aux fondateurs du Jardin.

Louis XIV, recevant les prières de l'Académie des sciences, fut bon prince : il accorda la permission et décida la création d'une ménagerie. — Mais il la voulut pour lui et la fit placer non au Jardin du Roi, mais dans le parc de Versailles. Le roi Soleil se faisait la part du lion. Il voulait que l'on vît dans son parc les plus beaux animaux qu'offre la nature, et on les y amena.

Saint-Simon, dont les Mémoires ne furent publiés qu'en 1788, raconte à ce sujet : « *Qu'on y avait rassemblé toutes sortes d'espèces de bêtes à deux et à quatre pieds, les plus rares.* » C'était peu poli pour la cour.

En 1789, lors de la fameuse journée, l'invasion du château de Versailles par le peuple, le service de la ménagerie fut renversé, et beaucoup d'animaux périrent de faim. Tout ce qui survécut faillit être tué et mangé, à cause de la dureté des temps. Cette fois ne fut pas la dernière où les animaux payèrent pour les fautes des hommes.

C'est un peu plus tard que Bernardin de Saint-Pierre, intendant du Museum — ci-devant jardin du Roi — crut devoir écrire un mémoire pour démontrer l'utilité des animaux vivants, ayant soin d'insinuer que plusieurs aujourd'hui sauvages pourraient un jour passer à l'état de domesticité et rendre des services à l'agriculture.

Il sauva la ménagerie royale de Versailles, — il n'était que temps! 1792.

Geoffroy Saint-Hilaire eut, en 1793, l'honneur de ramener la ménagerie à Paris. Ayant, d'autre part, appris que trois ménageries appartenant à des particuliers avaient été saisies par les ordres de la police d'alors — il les obtint, et leurs animaux se joignirent un troupeau de la collection royale, on les casa comme on put.

Plus tard, Merlin de Thionville reçut la visite de deux jeunes gens (Geoffroy-Saint-Hilaire et Lamarck) porteurs d'un arrêt cassant son privilège de chasse au parc du Raincy, dans l'intérêt de la Ménagerie nationale et les deux jeunes savants ramenèrent à Paris un troupeau de fauves, cerfs, daims, chevreuils, etc., qui depuis ont cru et multiplié.

Enfin, la guerre elle-même contribua pour sa part au développement de la collection. La Révolution l'avait menacée, la guerre l'enrichit. La collection zoologique du Stathouder de Hollande passa entre nos mains et deux éléphants furent amenés à Paris.

Que sont devenus ces animaux pendant la sombre époque de la guerre de 1870! Les gardiens seuls pourraient vous dire la souffrance et la mortalité de ces animaux asiatiques ou africains privés de chauffage et de nourriture. Des éléphants sont morts. Heureusement les gardiens sont restés qui ne diront jamais quel goût peut avoir un cuissot d'ours ou bien de quel prix on l'aurait payé dans cette année terrible.

Cet historique que j'ai fait le plus brièvement possible m'amène à la fin de ma conférence et au chapitre qui doit le plus vous intéresser.

Après les animaux vivants que nous ne pouvons étudier de près il est même défendu de les exciter, il ne nous reste plus qu'un pas à faire pour entrer dans les galeries du Museum — où tout est calme, où tout repose de l'éternel sommeil.

Nous nous dirigeons alors vers les galeries que borde la rue Cuvier, vers les vieilles petites maisons où tous les grands hommes ont pensé dans la solitude des jardins et travaillé à la glorification du sanctuaire.

Vous y voyez, et certes le contraste est frappant, entre les nouvelles constructions qui semblent des palais un peu massifs vous y voyez, dis-je, cachée par les charmilles et le lierre séculaire la modeste habitation du baron Cuvier.

Que de causeries et de savantes discussions ont dû avoir pour témoins ces grands arbres et cette forêt de plantes grimpantes, de glycines étendues, habitées par les oiseaux que nul n'a jamais songé à dénicher. Buffon a dû y instruire Daubenton qu'il fit nommer démonstrateur du Jardin du Roi et qui devint bientôt la main savante qui prépara ses immortels travaux ; plus tard le comte de Lacépède s'y rencontra avec eux, lui aussi en qualité de démonstrateur, car à cette époque, les soins du professorat consistaient à se trouver dans les galeries, au moment où elles s'ouvraient au public, afin de répondre à toutes les explications qu'on pouvait leur demander.

C'est encore là que vécurent Geoffroy-Saint-Hilaire et Lamarck nommés professeur par le premier consul, tous deux très jeunes.

Geoffroy-Saint-Hilaire n'avait que 22 ans. — Cuvier s'y rencontra avec Blainville; après eux MM. Serres, Duvernoy et Milne-Edwards. Aujourd'hui MM. Milne-Edwards fils, de Quatrefages, Lacaze, Duthiers, le Dr Pouchet et Chevreul.

Entrons maintenant dans le temple en quittant les jardins. Là, dès le seuil tout est un objet de curiosité pour le dentiste, il semble qu'on ait réuni là tous les animaux de la création pour lui complaire et l'attirer vers l'étude de l'anatomie comparée. Il franchit la porte et déjà passe sous des arceaux formées par des maxillaires de baleine.

Puis, qu'il entre à droite ou à gauche partout de grands animaux surgissent avec leur terrible armure, leurs défenses descendant jusqu'à terre. Il ne peut faire un pas sans s'accrocher à quelque apophyse terrible. S'il se retourne ce ne sont que mâchoires bien garnies qui s'offrent à son regard. Les dents ici qu'il voit ne sont plus celles qui servent à broyer de l'herbe; ce sont ici des incisives monstres, là des canines féroces, enfin des molaires en forme de meule de pressoirs.

Mais procédons par ordre. Dans la première salle nous voyons les grands mammifères.

Le fond de la salle est occupé par les éléphants de l'Inde et l'Afrique. Ils sont là semblables à des sphynx terribles dont la masse repose sur des assises énormes. Ces grands animaux, à l'aspect imposant ont des défenses recourbées et au-dessus de leurs défenses apparaît comme un œil de Cyclope, un trou qui n'est autre que l'orifice de leurs fosses nasales dépourvu de l'appendice ou trompe qui plus loin dans le jardin fait les délices des enfants généreux.

De chaque côté des éléphants se trouvent le rhinocéros et l'hippopotame l'un avec sa corne nasale et ses canines, l'autre avec ses incisives dont nous pouvons montrer dans notre musée de la rue Richer un bel échantillon tué pour nous et en pensant à nous par notre ami M. Beraud, lors de ses explorations du haut Congo à la suite des Stanley et des de Brazza. Un autre échantillon venu de la cour d'Annam enrichit notre collection qui commence, c'est une dent d'éléphant du roi d'Annam, dont la dédicace à l'Ecole dentaire, écrite en caractères annamites, nous a été donnée par le colonel Raynal, résidant actuel.

Au centre, les animaux de haute taille et à dents prédominantes sont placés par ordre, chevaux, cerfs, bœufs, bisons, etc.

Enfin autour de cette galerie, le long des parois semblent courir, tous la tête dirigée vers l'entrée, les fauves féroces, lions, tigres, panthères, hyènes, chacal, chiens. Et l'on ne sait en les voyant si l'on n'est pas en présence de levriers courant dans une chasse infernale à la poursuite d'une proie chimérique qui a fui vers l'autre salle, et s'est réfugiée chez les poissons.

Dans la salle voisine en effet, après avoir traversé la voûte nous entrons dans le domaine des habitants de la mer. Ce ne sont, rangés autour d'une immense baleine, que cachalots, dauphins, caïmans, morses, narvals. Etudiez les armures buccales de ces grands poissons et là encore vous aurez un sujet de réflexions profondes.

Vous concevrez en effet après l'examen de ces deux salles,

les luttes géantes de tous ces animaux sur la terre comme au fond de la mer. Vous vous ferez une idée de leurs combats pour l'existence, pour la génération, la reproduction, en définitive pour la conservation de l'espèce, apanage du plus fort. Vous songerez au célèbre Darwin, l'un des grands initiateurs aux lois de la philosophie naturelle.

Vous frémiriez en outre à l'idée que tous ces animaux ont vécu, se sont reproduits et ont multiplié leur race à l'infini, sur tout le globe.

Mais ne frémissons pas, ces squelettes sont là comme pour attester de la puissance de la nature et d'ailleurs Cuvier dont le beau buste en marbre reproduit la grande figure sévère, semble là tout exprès, comme le berger impassible et obéi, le gardien fidèle du troupeau de la Création.

Plus haut au premier étage, il existe encore plusieurs salles où l'anatomie dentaire de l'homme et des animaux est tout entière représentée. La dentition de l'homme y est à tous les âges. Les têtes des animaux avec leurs dents complètes sont toutes là, ruminants, rongeurs, carnassiers, herbivores. Les dents du cheval avec l'indication de son âge par l'usure des incisives et des crochets sont plusieurs fois représentées.

Enfin les poissons, les reptiles, les sauriens, etc., plus loin le bec des oiseaux. Rien n'y manque, il semble que le muséum ait tenu à honneur de montrer aux dentistes l'ivoire, l'émail, le ciment et les plaques cornées sous tous leurs aspects.

J'ai fini, messieurs,

Je me devais à moi-même et je devais à votre école de vous signaler la richesse du muséum d'histoire naturelle. Quand j'ai été appelé à faire le cours d'anatomie dentaire, je ne savais pas quelles joies je tenais en réserve. Je vous suis donc redevable à vous, messieurs les Elèves, et à vos chers maîtres fondateurs de cette Ecole d'une somme de bonheur considérable.

Le médecin n'est pas par ses travaux porté à l'étude de ce qui ne sera jamais du ressort de son art. Il laisse la spécialité aux spécialistes aux hommes devenus plus habiles et plus expérimentés dans une sphère d'opérations qu'il néglige sciemment. Toutefois, quand, comme moi, il a la chance de trouver dans le cours de ses travaux, l'exploitation d'une mine aussi riche et si pleine de surprises, quand il trouve l'occasion de reprendre ce qu'il a laissé dans l'ombre; son bonheur est grand et ne vaudrait rien, s'il n'était partagé par ceux qui doivent faire briller en France, non plus tant l'art dentaire que la science dentaire.

La science après tout n'est qu'une curiosité méthodique, il faut toutefois l'appliquer et la raisonner.

Devenez donc curieux, messieurs, dans le bon sens du mot, un large enseignement vous est offert dans cette Ecole. Les professeurs se multiplient et vous avez trois ans d'étude pour obtenir le diplôme qui vous donne avec sa sanction une autorité que la conscience du devoir accompli justifie pleinement. Mar-

chez de l'avant, désormais portez haut l'enseigne de votre maison qui signifie progrès. Faites comme les illustres fondateurs du muséum, ne désespérez jamais.

Mais à côté des questions pratiques, au milieu de vos préoccupations de clientèle, songez qu'il est un sanctuaire à l'abri des tourmentes, rempli de merveilles qu'il faut visiter souvent pour se délasser et se retremper d'une vie nouvelle et agrandie, bien au-dessus de la vie réelle et ordinaire.

Songez aussi, à la lecture des grands écrivains : Buffon, Cuvier et Bernardin de Saint-Pierre, Darwin que vous aurez la joie d'étendre le cercle de vos idées, de comprendre l'ordre impérissable de la nature d'en saisir les harmonies.

Vous goûterez alors dans ce repos de l'esprit une grande satisfaction, un immense allègement et comme dit le poète, vous goûterez

... Cette gaîté sereine
Que donne un léger gain après un jour de peine

RAPPORT ANNUEL

DE

M. Ch. Godon, secrétaire général

Mesdames, Messieurs,

Depuis la fondation de notre groupe, c'est-à-dire depuis huit ans, il est d'usage de faire annuellement le compte rendu des faits principaux qui se sont passés pendant l'année, et d'en examiner les conséquences tant au point de vue de l'intérêt général qu'à celui de l'avenir de notre société.

Jusqu'alors ce rapport annuel avait été présenté seulement aux intéressés directs, à ceux qui, réunis aux assemblés générales de janvier, étaient appelés par leur vote à apprécier le rôle des administrateurs, la façon dont ils avaient compris et exécuté le mandat qui leur avait été confié.

Le Conseil de Direction a pensé, cette fois, que tous ceux qui par leur présence à nos séances d'inaugurations, venaient témoigner de leurs sympathies pour notre œuvre et nos efforts, trouveraient peut-être quelque intérêt à connaître, même un peu dans les détails, le fonctionnement de notre institution pendant l'année écoulée.

Nous espérons qu'à la faveur de cette pensée, l'on nous pardonnera d'occuper une place dans cette séance et d'abuser de la bien veillance de nos invités.

L'Ecole Dentaire de Paris est heureuse de fêter chaque année avec un certain cérémonial, l'ouverture de l'année scolaire et la

distribution des récompenses aux élèves de l'année précédente, et d'y inviter les notabilités politiques et scientifiques que Paris s'honore de posséder. C'est l'occasion, chaque fois, de constater qu'une nouvelle étape est franchie et que l'institution est plus solide sur ses bases.

Au début de cette séance, notre directeur, M. le Dr David, parlait à un point de vue très général des progrès de notre art ; il nous faisait remarquer l'influence considérable que depuis l'époque de sa fondation l'Ecole Dentaire avait exercée sur le développement moral et scientifique de l'art dentaire en France.

Cette constatation, vous l'avez tous faite ; que vous soyez plus ou moins directement initiés aux choses de notre profession, tous vous avez, depuis ces dernières années, apprécié les transformations qui se sont produites dans cet art qui a définitivement pris sa place dans ce qu'on est convenu d'appeler les *professions libérales*.

La marche, constamment prospère, le développement toujours progressif de notre école à chaque nouvelle année, sa situation de plus en plus florissante, ont contribué à étendre son influence. Et, si nous nous arrêtons un instant pour considérer la situation actuelle, apprécier les résultats acquis, nous voyons que le mouvement que nous avons contribué à créer, a fait ressentir son influence dans notre pays tout entier.

L'Ecole Dentaire est même assez connue maintenant, non seulement à Paris, mais encore en France, pour que des dentistes peu scrupuleux se parent injustement des titres qu'elle décerne pour tromper la confiance du public.

Nous avons, par les fondations qui ont été la conséquence de ce mouvement, créé une vie professionnelle des plus intenses, dont l'énergie et l'activité se font apprécier en résultats divers.

Aussi, tous les hommes jeunes et dévoués que compte notre art sont accourus à ce centre, y ont apporté leur concours, et de tous ces efforts, de toutes ces bonnes volontés réunis, il en sort tous les jours quelques acquis pour l'intérêt général.

L'Ecole Dentaire est devenue un champ d'étude et d'expériences où le progrès scientifique trouve chaque jour son compte.

La clinique de l'école, la société d'Odontologie de Paris ont plusieurs fois cette année servi, pour des découvertes récentes, des applications ingénieuses, des procédés nouveaux, de centre de communication et de vulgarisation.

Bien des travaux intéressants, trop spéciaux pour être rappelés ici, pourraient témoigner de ce mouvement scientifique.

Du reste, pendant l'année scolaire, nous avons vu des confrères étrangers, venir de loin, traverser l'Océan, attirés par le renom de notre institution, pour apprécier l'œuvre sur place, l'étudier et nous emprunter ce que nous avions d'original, en échange de ce qu'ils pouvaient nous apporter qui leur était personnel. Cet internationalisme, ce libre échange profite à tous.

Cette réputation de notre école est due aussi pour la plus

grande part aux membres de notre corps enseignant qui, depuis huit ans nous apportent le concours le plus actif et le plus dévoué. Ce sont eux qui ont aussi développé ce centre de science et de pratique dentaires et créé cet enseignement nouveau en France.

Mais pour rendre notre œuvre durable, pour assurer la constitution de ce corps enseignant dans l'avenir, exciter la juste émulation des dentistes, nous avons modifié son mode de recrutement.

Nous avons remplacé le choix qui nous avait donné, il faut le dire, d'excellents résultats pourtant, par le concours, afin de prouver que l'Ecole Dentaire de Paris est ouverte à tous et que suivant l'expression si exacte d'un de ses présidents honoraires, M. le professeur U. Trélat, c'est bien l'*Ecole des Dentistes*, de tous les Dentistes. Nous ne demandons à ceux qui veulent y prendre place que du travail, du savoir professionnel et beaucoup de dévouement.

Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de la nouvelle voie dans laquelle nous entrions. Les partisans les plus dévoués de l'Ecole, ceux qui lui apportent depuis plusieurs années leur concours désintéressé, fidèles à la règle de conduite dont ils avaient déjà donné des exemples, se sont soumis les premiers à ce concours.

Il y a dans ce fait un heureux présage pour l'avenir.

Le corps enseignant de l'art dentaire français est constitué sur des bases durables et son renouvellement est assuré par les dentistes eux-mêmes.

Actuellement, par sa composition, par le nombres et la valeur scientifique ou technique de ses membre, il peut être comparé avec avantage à ceux des Ecoles Dentaires étrangères.

Nous avons, cette année aussi, réussi à constituer enfin le programme complet des études nécessaires pour former à notre époque et conformément à nos principes et à nos aspirations, un praticien suffisamment instruit pour remplir la fonction qui lui est dévolue dans la société.

Nous avons eu, comme nous étions les premiers en France, tout à créer. Rien chez nous n'a pu nous servir de modèle; quant aux pays étrangers qui nous avaient devancés dans cette voie si nous leur avons fait quelques emprunts, du moins nous ne les avons pas copiés servilement, leurs coutumes, leurs mœurs et leurs lois différentes des nôtres ne nous le permettaient pas.

Nous avons dû créer de toutes pieces, lentement, progressivement, ce programme d'enseignement que nous avons eu, depuis, plusieurs fois la satisfaction de voir imiter.

Ce programme qui nous a demandé du temps et des efforts persévérants est actuellement complet. Il répond à tous les besoins du public et des étudiants.

On y trouve représentés les sciences et les arts si nombreux qui concourent à former la technique dentaire.

Les sciences dites accessoires, telles que la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la mécanique.

Les sciences médicales, comme l'anatomie, la pathologie, la

thérapeutique, y occupent chacune une place aussi importante que l'odontologie proprement dite.

Afin de faciliter à l'élève l'assimilation de ces connaissances complexes et suivant les méthodes progressives adoptées de nos jours, l'enseignement théorique y est complété par un enseignement pratique, un enseignement par les yeux, qui a dans le programme une part prépondérante.

En disant tout à l'heure que ce programme était arrivé à son complet développement, nous n'avons pas voulu dire qu'il fût définitif.

Le progrès exige des modifications permanentes, et c'est l'avantage des institutions libres de pouvoir, avec facilité, suivre les progrès de la science et se transformer graduellement suivant les nécessités ou la pratique journalière.

Conformément à ces principes, nous opérons chaque année les modifications légères ou profondes, qui nous semblent indiquées. Quelquefois, elles portent simplement sur le matériel d'enseignement, et nos confrères, par leurs dons, nous aident dans cette voie; ainsi, cette année, ils ont offert à l'Ecole, par souscription, un très bel appareil à projection de Molteni.

Tantôt aussi c'est au programme lui-même que nous faisons des additions ou des changements.

Nous avons pour la prochaine année scolaire, parmi quelques autres modifications de détail, indiquées dans le programme quelques conférences sur les droits et devoirs du dentiste : La déontologie professionnelle.

C'est du groupement des confrères qu'est né ce code de l'honorabilité professionnelle qui, lentement, s'est imposé à nos diplômés et que presque tous ont observé.

La façon dont ils se conduisent prouve assez qu'ils ont puisé à l'Ecole, pendant leur scolarité, les sentiments d'honneur et de dignité professionnelle qui y règnent.

Cette œuvre moralisatrice n'est pas un des moindres titres de l'Ecole dentaire.

Du reste, notre institution n'est-elle pas basée sur les sentiments les plus généreux et les plus élevés de l'intérêt public ; et la philanthropie n'est-pas la règle chez nous ?

En effet, sans vouloir rappeler la fondation de notre école par dons et souscriptions libres, la clinique en est un frappant exemple. Tous les jours, plus de 50 malades indigents y sont soignés gratuitement, soit près de 20.000 par an, plus de 100.000 depuis 7 ans, dont un grand nombre nous sont adressés par les hôpitaux de Paris.

Nos diplômés suivent, du reste, l'exemple que l'Ecole leur donne ; partout où ils établissent leur cabinet nous les voyons prendre l'initiative des mesures généreuses, des propositions d'intérêt public.

A Rouen, à Niort, etc., deux diplômés ont créé un service dentaire gratuit dans les écoles communales et dans les dispensaires,

afin de donner aux pauvres et à leurs enfants les soins qu'ils ne pouvaient trouver nulle part.

Nous encourageons de tous nos efforts cette philanthropie, persuadés qu'elle contribue à augmenter la considération dont jouiesent nos confrères.

Nous apportons également tous nos soins à donner à nos élèves, les plus grandes facilités de travail.

Ainsi, au commencement de l'année scolaire, nous avions installé pour notre bibliothèque odontologique un service pratique de prêt.

Les emprunts ont été assez nombreux pour une première année.

Nous avons eu cette année à peu près le même chiffre d'élèves que l'année précédente, soit près de cent, comprenant :

23 élèves de 1[re] année;
27 élèves de 2[e] »
40 élèves de 3[e] »

Le nombre des admis aux examens n'a été pour les deux sessions que de 43, soit pour la 1[re] année 12,
2[e] » 12,
3[e] » 19,
et 19 ont obtenu le diplôme de fin d'études.

D'une façon générale, les examens ont été très bons, les professeurs satisfaits ; cependant ils sont sévères. L'Ecole ne veut pas par des complaisances ou des facilités déprécier son diplôme ; les difficultés qui entourent son obtention, en augmentent la valeur.

Un fait le prouve : à la session de juillet, sur 20 élèves qui se sont présentés, 9 seulement ont été admis au diplôme.

Du reste, la valeur dont il jouit crée à ceux qui l'obtiennent actuellement des situations prépondérantes. Ils constituent dans la profession un corps d'élite qui donne l'exemple et marche à la tête du progrès professionnel. Ce corps s'accroît chaque année. Il est actuellement de 120 diplômés.

Pourtant il nous faut déjà signaler un absent; nous avons eu la douleur de perdre l'un d'entre eux; c'était un jeune Bolivien, Toribio Quiroga, qui était venu chez nous apprendre notre art. Quelques mois après, qu'à cette place, nous lui avions décerné, avec le titre de diplomé, les récompenses qu'il avait justement méritées, alors qu'expert dans son art, il allait pouvoir faire profiter ses concitoyens de ses études et de son travail et porter le renom de l'Ecole à l'autre bout du monde, il est atteint de cette terrible maladie qui ne pardonne pas et meurt loin de son pays, loin des siens, qui l'attendaient et le pleurent maintenant.

Du moins, la solidarité qui existe entre nous tous qui sommes de la même Ecole n'a pas fait défaut ce jour là. Nous lui avons fait des funérailles dignes de lui et de l'Ecole Dentaire dont il avait éte un des plus brillants et des plus assidus élèves.

Un autre, M. Picard, le doyen des membres de notre société, a

droit également à notre souvenir ; il est parti aussi cette année, emportant les regrets de ses collègues de l'association ; regrets que nous avons vu partager sur sa tombe par une assistance nombreuse et des Sociétés diverses. Lui, du moins, il avait pu fournir une longue carrière bien et honorablement remplie.

Mais que ces vides si grands soient-ils, le tribut de pleurs versé, sont bien vite remplis. Dans la vie professionnelle comme sur les champs de batailles, les manquants sont rapidement remplacés. Et c'est ainsi que comme les nations, les Sociétés continuent malgré les morts, à vivre et à se développer.

Comme vous le voyez, et d'une façon générale le développement et la marche de notre Société ont été cette année excellents. Au point de vue de la situation financière, nous pouvons déclarer que les résultats ont été aussi fort satisfaisants.

Nous avons continué à recevoir de généreux confrères quelques dons en argent ou en nature. Les inscriptions des élèves sont rentrées régulièrement et nous avons eu la satisfaction de voir notre budget des dépenses et des recettes que nous avions établi cette année à 36,000 francs conserver un équilibre que lui envieraient ceux de certains états européens.

Cependant l'Ecole n'est pas riche, son fond de réserve n'augmente que très lentement.

La Ville de Paris, notre généreuse protectrice, dont le représentant autorisé, M. G. Mesureur, président du Conseil municipal, a bien voulu venir nous présider ce soir, nous a encore donné cette année, sous forme de subvention, un appui des plus précieux.

Nous devons lui en être reconnaissants, et apprécier d'autant plus cette faveur qu'elle est ménagère de ses deniers et ne les donne qu'à bon scient.

Cependant, toujours insatiables quand il s'agit de progrès et d'intérêt général, peut-être lui demanderons nous encore d'augmenter sa bienveillante protection.

Le local que nous avions choisi pour l'Ecole et que nous avions dû doubler, est devenu maintenant trop étroit, vu le nombre croissant des élèves et le développement constant de l'œuvre.

Mais pour faire une installation nouvelle digne de notre Ecole Dentaire française, nos ressources étant limitées, c'est encore à la Ville de Paris que nous aurons recours.

Souhaitons que l'État vienne, lui aussi, contribuer à notre accroissement. Il y a des intérêts généraux auxquels il doit sa protection.

N'a-t-il pas du reste, déjà prouvé sa bienveillance à notre égard en accordant à plusieurs des membres de notre conseil de direction et de notre corps enseignant des marques de distinction à MM. Viau, Wiesner, etc., et cette année en nommant notre directeur le Dr David, chevalier de la Légion d'honneur. (Applaudissements).

Aussi, Mesdames et Messieurs au moment de clore ce trop long compte rendu, nous pouvons constater que l'Ecole Dentaire de

Paris a rempli cette année sa tâche d'une façon heureuse, que la prochaine année s'annonce comme des plus prospères, et que pour l'Odontologie qu'elle enseigne, pour les malheureux qu'elle soigne, nous devons souhaiter qu'elle ait a poursuivre longtemps encore le cours de semblables succès.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Année scolaire 1885-1886

Résultats des Examens

EXAMENS DE FIN DE 1re ANNÉE

Maximum : 54 points. — Minimum : 28 points. — Les élèves de 1re année dont les noms suivent, ayant obtenu à l'examen de 1re année un nombre de points supérieur au mlnimum (1), sont admis à suivre le cour de 2e année. Ce sont :

Pour la session de juillet	Points	Pour la session d'octobre	Points
MM. Guérin....	47	Sauvez.....	43
Chemin...	42 1/4	Fichet.....	39 3/4
Nogues....	38 3/4	De Croes...	32 1/2
Suchet.....	37 3/4	Capdeville..	32 1/2
Bertrand...	35		
Mme Godé......	34 1/2		
MM. Houdie....	32 3/4		
Bocquillon.	32 1/4		

EXAMENS DE FIN DE 2e ANNÉE

Maximum : 54 points. — Minimum : 36 points. — Les élèves de 2e année, dont les noms suivent ayant obtenu à l'examen de 2e année un nombre de points supérieur au minimum (1), sont admis à suivre e cours de 3e année. Ce sont :

Pour la session de juillet	Points	Pour la session d'octobre	Points
MM. Willer.....	52	MM. Rouzée....	39
Denis.....	48 1/2	Joyet......	37 1/2
Billaudel...	46	C. Houbriet	36 1/4
Gédon.....	45 1/2		
Faloy......	44 1/4		
Cossas.....	40 1/2		
Choquet...	39 1/4		
Mlle Weicenblut	38 1/2		
M. Duluc......	36 1/2		

EXAMEN GÉNÉRAL (Fin de 3e année)

Maximum : 114 points. — Minimum : 76 points. — Les élèves de 3e année dont les noms suivent ayant obtenu à l'examen général un

(1) Voir le programme spécial des examens de l'année scolaire 1885-1889.

nombre de points supérieur au minimum (1), recevront le diplôme de fin d'études décerné par l'Ecole Dentaire de Paris. Ce sont :

Pour la session de juillet	Points		Pour la session d'octobre	Points	

M. Mousis, 97 1/4 2e prix. — Médaille d'argent offerte par l'Ecole. Prix offert par M. Heymen-Billard de Paris.

M. Roy, 94 1/4 3e prix. — Médaille de bronze offerte par l'Ecole. Prix offert par M. Cornelsen de Paris.

Pour la session de juillet	Points		Pour la session d'octobre	Points
MM. Bignault...	88 1/4		MM. Duvoisin...	94 1/2
Delaunay..	86 1/2		Maire......	88 1/2
Gravière...	81 3/4		Gélinier....	88 1/4
Billebaut...	80		Levrier....	87 3/4
Klein......	78 3/4		Brodhurst..	81
Fournier...	78 1/4		Maurou....	79 3/4
			Lehman....	79
Dr Sicard..	61	(2)	Lefrant.....	77 1/4
			Fauton.....	77 1/4
			Henon.....	76 1/4

PRIX DE CLINIQUE

Les élèves dont les noms suivent ayant eu le plus de présence à la clinique, il leur est décerné le prix de cliniqne. Ce sont :

Pour la 3e année........................ M. Delaunay.

Prix offert par MM. Gray and Son. de Sheffield.

Pour la 2e année........................ M. Choquet.

Prix annuel offert par M. E. Lecaudey, président de l'Association

Pour la 1re année........................ M. Capdeville.

Prix offert par l'Ecole.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 12 Octobre 1886.

I Du traitement préventif et curatif de la carie des faces triturantes et linguales par le rodage. M. Bugnot. — II Anatomie normale des grosses molaires inférieures envisagées au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. M. Chauvin. — III Présentation d'un crâne muni de fausses dents M. Wiesner. — IV Présentation de dents pour le musée, par M. Dubois. — V Observations sur les expériences d'anesthésie par la cocaïne, par M. Telschow. M. Dubois.

Le procès-verbal est adopté après une légère rectification de M. Poinsot.

I. — M. le Président donne la parole à M. Bugnot de Rouen pour une communication sur le traitement préventif et curatif de la carie des faces triturantes et linquales par le rodage. (Cette communication sera insérée dans le prochain numéro.)

---

(1) Voir le programme spécial des examens de l'année scolaire 1885-86.

(2) Ce candidat a été dispensé de plusieurs épreuves théoriques, par suite de ses grades en médecine. Le maximum des points s'est donc trouvé pour lui réduit à 78 et le minimum à 52 points.

M. Preterre. — L'opération ainsi pratiquée est-elle douloureuse !

M. Bugnot. — Non, pas plus que dans la carie ordinaire ; le frottement de la molette ou le nettoyage d'une cavité par la rugine produisent des phénomènes douloureux à peu près semblables.

M. Preterre. — Je trouve que vous sacrifiez une bien grande partie de la dent.

M. Bugnot. — Lorsque la carie dépasse une certaine limite j'obture après avoir nettoyé aussi parfaitement que possible et la cavité et les sillons atteints. J'ai pratiqué le rodage, surtout sur les dents temporaires, étant donnée la difficulté plus grande que présentent les nombreux sillons intercuspidaux de ces organes pour arriver à une obturation parfaite. Ainsi que je l'ai signalé tout à l'heure à la Société d'odontologie, la question des honoraires, toute mesquine qu'elle est, entre forcément en ligne de compte lorsqu'il s'agit de faire un travail un peu compliqué sur des dents qui *doivent tomber.* Les parents se refusent souvent à ces sortes de dépenses qu'ils trouvent inutiles. D'un autre côté, les petits patients qu'on nous confie ne sont pas toujours parfaitement calmes sur le fauteuil, et il nous est parfois difficile de mener à bien la préparation d'une cavité aussi compliquée. L'enlèvement des sillons par le rodage m'a paru remédier d'un côté à l'objection des parents et à l'impatience des enfants, l'opération pouvant s'exécuter assez rapidement et sans grandes douleurs.

M. Blocman. — Le rodage s'applique-t-il exclusivement aux dents temporaires ? du moins, est-ce ainsi que M. Bugnot en préconise l'emploi ?

M. Bugnot. — J'ai parlé de deux cas concernant chacun une dentition, l'opération est pratiquable à tout âge.

M. Blocman. — Le rodage a pour effet de mettre à nu des portions de dentine qui, en contact avec les agents extérieurs, doivent subir une certaine irritation et produire de ce fait de la dentine secondaire.

Je ne crois pas que cette production de dentine secondaire soit bien constante au sein de dents dont la structure est lâche et qui ne sont faites en somme que pour remplir un rôle passager. Ces organes ont bien plutôt une tendance à la désorganisation qu'à la condensation; or en mettant à nu des surfaces étendues d'ivoire on ne peut que hâter la carie, malgré le frottement de la mastication et de la langue d'ailleurs, le limage qui est uue opération en tous points semblable n'est pas toujours suivi d'un succès complet, et les récidives sont assez fréquentes même sur les dents permanentes, qui ont, tout au contraire des dents de lait, une vitalité plus grande, un système circulatoire complet et une tendance à l'ossification.

M. Bugnot. — J'ai limité l'indication et je n'opère le rodage que sur les faces triturante et linguale des dents, dans le limage des caries interstituelles nous ne nous trouvons plus dans les mêmes conditions.

M. Viau. — Dans la généralité des cas qui ont été soumis à M. Bugnot la carie était-elle assez peu avancée pour mettre à profit la pratique qu'il propose.

M. Bugnot. — Je n'ai qu'une observation complète, c'est celle que j'ai recueillie sur ma fille elle même, je lui ai pratiqué le rodage avec plein succès et depuis plusieurs mois sa dent n'a pas bougé, j'ai de plus observé sur les dents des enfants que je vois dans les écoles de Rouen nombre de cas où mon traitement était parfaitement applicable.

M. Dubois. — Le côté scientifique nous concerne exclusivement, dans l'intéressante communication de M. Bugnot, et si l'obturation est vraiment préférable au rodage pour la conservation des dents, je pense que nous devons toujours l'exécuter, même lorsque la rémunération légitime est diminuée.

Le limage préconisé jadis par Arthur, qui avait cru y voir un moyen universel de préservation des dents, n'est pas tout à fait la même chose que le rodage de M. Bugnot. Arthur limait les faces latérales, notre collègue la face triturante. A la vérité, cette dernière paraît mieux placée pour résister, car elle ne peut être, surtout après usure, le siège de fermentations aussi actives que celles qui se passent dans les interstices; malgré cela, on ne peut dire que ces opérations soient absolument dissemblables. Les échecs de la méthode d'Arthur peuvent nous servir pour apprécier l'idée qu'on nous présente ce soir.

Ils ont été nombreux et, au lieu d'enrayer définitivement la progression de la carie, nombre de fois, la perte du tissu dur, — de l'émail, — a eu des conséquences désastreuses. En effet le limage et le rodage ne peuvent donner de bons résultats, préserver des récidives, si on n'a pu enlever tout le tissu désorganisé, altéré ; car sans cela, la carie se produirait de nouveau et cette fois dans des conditions plus défavorables, sur de plus grandes surfaces. A quelle profondeur faudrait-il aller dans la majorité des cas pour qu'il en soit ainsi ? Au premier aspect des caries nous semblent superficielles, à peine si les plus fines sondes peuvent y pénétrer, puis une fois l'excavation commencée, on est tout surpris de trouver la carie profonde, étendue et cela surtout sur les sujets jeunes, ceux pour qui M. Bugnot croit le rodage avantageux.

La préparation d'une cavité est pour nous beaucoup plus longue que l'introduction de la matière obturatrice. Pour l'obturation comme pour le rodage, on doit enlever tout le tissu désorganisé ; pour l'obturation, on a même l'avantage de n'avoir à le faire que sur une moins grande étendue. Je crois donc que l'économie de temps serait à l'avantage de l'obturation, si on la compare au rodage, au rodage complet, minutieux, suivi du polissage obligatoire. Et puis cette usure de grandes surfaces es-elle donc absolument indolore? Nous savons le contraire. La sensibilité de la dentine est en proportion de sa vitalité, et cette usure de parties saines sera, je crois, moins bien supportée que l'excavation de l'ivoire altéré que nous enlevons avant l'obtura-

tion. Tout cela pour une pratique que M. Bugnot lui-même avoue inférieure à l'obturation bien faite. Restons-en, sur ce point, à la pratique classique. Les cas où le rodage est indiqué sont ceux où l'obturation donne les meilleurs résultats.

Pour les caries commençantes, nous avons dans les mains, avec l'obturation, une thérapeutique rationnelle, heureuse dans l'immense majorité des cas. Perfectionnons-la : cela vaut mieux, à mon avis, que le sacrifice d'une partie de la face triturante des dents.

M. Poinsot. — Pour résumer la question, voici ce qui ressort de l'intéressante communication de M. Bugnot, — que nous remercions, — et des débats qui ont suivi. Le rodage est pratiquables chaque fois qu'il y a altération peu profonde des sillons sur la face triturante et linguale des dents ; dans les autres cas, on doit faire l'obturation.

M. Preterre. — Chaque époque a eu sa méthode : autrefois, la lime ; aujourd'hui, le rodage. Chaque chose a son bon et son mauvais côté ; mais, pour ne parler que de ces deux traitements qui sont si parents, je puis dire que j'ai encore des dents qui ont été limées à l'âge de quinze ans et qui n'ont jamais subi la moindre atteinte de carie.

II. — *M. Chauvin* présente un travail sur l'anatomie normale des grosses molaires inférieures, envisagées au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. (Voir l'*Odontologie,* octobre 1886, page 420).

Cette communication reçoit la plus vive approbation Quoique la statistique présente paraisse des plus concluantes, quelques membres de la Société invitent M. Chauvin à continuer ses recherches

III. — *M. Wiesner* présente à la Société et fait don au musée de l'Ecole d'un crâne qui a été trouvé dans des fouilles pratiquées dans l'île St-Louis. Ce crâne présente une pièce artificielle de trois dents incisives. Les dents, qui forment un seul bloc, ont été sculptées dans une dent de morse dont on a ménagé l'émail pour simuler l'émail antérieur des incisives. Des fils d'or relient cette pièce aux canines de chaque côté. Ce crâne est-il très ancien ou non ? Là est la question à résoudre.

M. Dubois. — Je pense qu'il y a lieu de rechercher s'il existait autrefois un cimetière à l'endroit où cette tête a été trouvée. Il serait également intéressant de savoir si cela a été trouvée seule ou associée à beaucoup d'autres, afin d'établir aussi exactement que possible son âge.

M. Wiesner. — La personne qui m'a donné ce crâne prétend qu'un cimetière a existé dans cet endroit il y a plusieurs siècles. mais la chose a besoin de confirmation.

Des remerciements sont adressés à M. Wiesner.

IV. — *M. Poinsot* donne communication à la Société de quelques lettres qu'il a reçues d'une malade, et en tire des conclusions sur

la conduite à tenir par le patricien vis-à-vis de son client (Voir *Odontologie*, prochain numéro).

V. — *M. Dubois*. Plusieurs de nos confrères ont bien voulu doter notre musée de dons que je suis chargé de vous présenter : 1° Au nom de M. Carrin, cette pièce de prothèse dont le volume de tartre qui est incrusté sur sa face linguale est, comme vous le voyez, au moins égal au volume de la pièce elle-même. Cette pièce de quatre dents fut posée en 1881. Depuis cette époque, la personne la porta constamment jusqu'au jour où les dents voisines tombèrent spontanément en 1885;

Il faut croire que cette personne n'est pas très familière avec les prescriptions de l'hygiène buccales. ;

2° Au nom du même donateur, cette dent supplémentaire, extraite dans la région médiane de la bouche. La racine, et même une grande partie de la couronne, sont résorbées. Comme nombre de dents supplémentaires de cette région, elle a des tubercules ressemblant à ceux des molaires ;

3° Au nom de M. Papot, de Châlons-sur-Marne, le père de notre collègue : ces très curieuses dents. J'ai à m'excuser auprès de vous et auprès du donateur : ces dents avaient été égarées chez moi, ce n'est que récemment que je les ai retrouvées. La plus intéressante est cette molaire de sagesse qui est placée dans une position horizontale et a sa couronne engagée entre les racines de la molaire de 12 ans. Comme contribution aux déviations de la dent de sagesse, cette pièce est des plus intéressantes ; notre musée en a peu d'aussi remarquables ;

4° M. Stener, de Grenoble, à qui nous devons déjà un moulage de tête d'ichtyosaure, a bien voulu nous envoyer cette tête d'*ursus spelæus*. L'*ours des cavernes*, ours à front bombé, était d'un cinquième ou même d'un quart plus grand que nos ours bruns. Certains squelettes de ces animaux atteignent trois mètres de long et deux mètres de haut. L'*ursus spelœus* était si répandu dans nos contrées que ses dents ont fait longtemps partie de la matière médicale, sous le nom de licorne fossile.

Le premier don de M. Stener nous rappelait l'époque secondaire sa flore gigantesque, son climat humide et chaud, avec les grands sauriens hantant ses solitudes.

Cet ours vécut dans des temps plus rapprochés de nous, — à l'époque quaternaire. Notre sol s'était modifié pour que les mammifères pussent s'y développer, l'homme lui-même y trouva place (1). Si nous en croyons les vestiges de son industrie rudi-

---

(1) J'ai la preuve que l'*ursus spelæus* et l'hyène sont enfouis au même lieu avec l'homme, et que la caverne de Bize peut être citée comme preuve à l'appui de l'opinion qui admet la contemporanéité de notre espèce avec celle de ces deux grands carnassiers (Gervais, *Recherches sur l'ancienneté de l'homme et de la période quaternaire*, p. 54).

mentaire, son sort ne paraît pas avoir été bien enviable même pour le plus misérable de nos contemporains (1).

C'est un problème pour les géologues d'expliquer les différences considérables de température entre l'époque tertiaire et les temps quaternaires. Elles n'en sont pas moins évidentes quand on compare leur faune et leur flore.

Grâce à des dons importants, notre musée s'enrichit chaque jour, non seulement au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'anatomie comparée, mais encore de pièces paléontologiques. Ces dernières sont inestimables ; l'ancienneté fait leur intérêt et leur rareté. Nous ne pouvons que remercier les généreux donateurs.

VI.—*M. Dubois* résume devant la Société le travail qu'il a publié dans l'*Odontologie* de septembre 1886, sur les opérations avec anesthésie locale faites à la clinique de l'école par le Dr Telschow.

M. Poinsot.— Je demanderai à M. Dubois ? M. Telschow ajoute-t-il de l'acide phénique à sa solution de cocaïne.

M. Dubois. — Oui mais en faible quantité et dans le but de stériliser la cocaïne.

M. Poinsot — Il y aurait avantage à associer l'acide phénique à la solution de cocaïne. Au début des essais avec ce sel, j'ai tenté de faire faire par un chimiste un phénate, de cocaïne. Mais on n'a obtenu ainsi qu'une combinaison imparfaite.

M. Viau. — J'ai la satisfaction de vous annoncer que j'ai commencé le 29 septembre des expériences sur l'anesthésie locale par la cocaïne; j'ai recueilli aujourd'hui ma quarante et unième observation, et je n'ai pas eu un insuccès. J'ai l'intention de vous communiquer dans une prochaine séance, et ma méthode et un nombre plus considérable encore d'observations. Comme M. Poinsot, je pensais que l'association de cocaïne et de l'acide héniquene pouvait être que profitable et j'en aie ajouté à ma solution anesthésique. (Voir *Odontologie,* octobre 1886.)

---

(1) L'époque quaternaire ou glacière faisait à l'homme de dures conditions d'existence. Ce qui existait alors de l'Europe était entouré de tout côté par la mer et subissait les conséquences d'un climat insulaire, c'est-à-dire très humide, et à température assez uniforme, mais refroidi, en grande partie du moins, par les glaces du pôle arrivant jusque dans notre voisinage. Des pluies torrentielles, fréquentes en toutes saisons, se changeaient en chute de neige sur les hauteurs et entretenaient les vastes glaciers dont on retrouve les traces autour de toutes nos chaines de montagnes. D'immenses cours d'eau creusaient les vallées sur certains points, et étendaient sur d'autres, d'épaisses couches d'alluvions. Cette terre noyée et tourmentée nourrissait une faune comprenant à côté des espèces animales actuelles des espèces dont une partie a disparu, dont une autre partie a émigré au loin.

Espèce humaine, de Quatrefages, p. 216.

M. Dubois. — Employez-vous le benzoate de cocaïne ou bien le chlorhydrate ou encore la cocaïne pure.

M. Viau. — J'emploie le chlorhydrate de cocaïne à la dose de cinq centigrammes pour une demi-seringue de Pravaz dans une solution phénique à 2 o[o injectée par moitié de chaque côté de la dent au niveau de la moitié de la hauteur de la racine.

M. Bugnot. — Lorsque je fais une réimplantation, je place dans l'alvéole, quelques minutes avant de replacer la dent, un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne.

M. Godon. — Dans les démonstrations faites à la Clinique de l'Ecole par M. Telschow, le 24 et 26 septembre dernier, je crois que l'expérimentateur n'ajoutait de l'acide phénique à sa solution, que dans le but de la stériliser.

Quoiqu'il en soit, l'anesthésie a été complète chez tous les malades opérés et notamment chez un enfant de dix ans environ, il n'y a eu ni douleur ni malaise consécutif.

Nous devons savoir gré à M. Telschow, des expériences qu'il est venu faire à l'Ecole. Déjà, lors de précédents voyages, il est venu nous communiquer les résultats toujours intéressants et utiles de ses travaux dans notre art. Je propose de lui voter des remerciements.

Cette proposition est adoptée.

M. Poinsot présente un moulage d'anomalie dentaire au nom de M. Feuvrier.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire-général : Blocman.

BANQUET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

COMPTE RENDU PAR M. A. PIGIS

Le 7e banquet annuel de l'Association générale des dentistes de France a eu lieu le vendredi 29 octobre, et nous sommes heureux de constater qu'un grand nombre de nos confrères avaient répondu à l'appel qui leur avait été fait. Le grand salon de M. Notta était à peine assez vaste pour contenir les nombreux convives.

Pour la première fois, les diplômés de l'Ecole dentaire de Paris s'étaient réunis au banquet général ; au plaisir de revoir leurs camarades s'ajoutait celui de serrer la main à ceux qui ont tant fait pour la cause commune.

Le corps médical enseignant était représenté par les docteurs Prengrueber, Marié, Faucher, à qui nous adressons nos sincères remercîments pour leur présence à cette petite fête buccale.

Des confrères de province, plusieurs des promus de cette année, étaient présents, et le lauréat, M. Mousis, n'a pas craint de franchir les 200 lieues qui séparent Pau de la salle du banquet, pour être des nôtres.

Sous la présidence de M. Poinsot, cette agape s'est accomplie avec la plus franche gaieté et avec la joie que ressentent tous les membres d'une même famille dont les idées tendent vers le même but et que le succès a consacré.

En somme, fête charmante, qui s'est terminée par les applaudissements des assistants acclamant les orateurs : MM. Poinsot, Godon, Dubois, dont nous donnons ci-dessous le résumé des discours.

DISCOURS DE M. POINSOT

Messieurs et chers collègues,

Cette année encore, vous m'avez fait l'insigne honneur de me désigner à la présidence de notre banquet confraternel ; je tiens à vous en remercier bien sincèrement.

C'est un bien grand honneur, en effet, que de présider une réunion aussi nombreuse, comptant d'anciens, de savants et distingués confrères, dont plus d'un ferait meilleure figure à cette place.

Je ne trouve pas d'expression pour marquer nos sentiments de gratitude aux membres du corps médical qui ont bien voulu assister à notre fête de famille, et nous donner ainsi de précieux encouragements.

Je ne puis passer sous silence que, parmi les absents, il s'en trouve un grand nombre à commencer par le M. le docteur David, qui, étant empêchés, nous ont adressé des lettres et des télégrammes, afin que vous voulussiez bien les excuser.

Je ne puis, messieurs et chers confrères, que vous exhorter à la paix, à l'union ; cet appel a, aujourd'hui plus que jamais, sa raison d'être, car nous sommes à la veille de grands événements professionnels.

En effet, vous n'êtes pas sans savoir que, très prochainement, la Chambre des députés va être saisie d'une demande de réglementation de l'art médical ; or, dans ce projet, nous sommes touchés, occasionnellement si vous le voulez ; mais, c'est cela que je redoute, plutôt qu'une loi franche s'occupant spécialement de nous.

Nous sentons tous le besoin que notre art ait une place définie, honorée ; car qui de vous ne souffre souvent des contradictions du législateur à notre endroit?

Tantôt, on nous assimile à des fabricants de mâchoires et nous sommes déclarés commerçants ; on nous délivre même des cartes spéciales, avec lesquelles nous nommons des juges au tribunal de commerce. Eh bien ! lorsque l'un de nous demande justice audit tribunal, ce dernier se dérobe en se déclarant incompétent.

Nous ne sommes reconnus que par le fisc qui nous impose les charges des docteurs, des chirurgiens, et il ne nous donne rien en échange de ce qui est l'apanage de ces titres, comme rang, droit, considération; il ne nous laisse même pas la dernière de leurs prérogatives, nos honoraires ne sont même pas privilégiés. Jadis, nous pouvions souffrir ces choses, parce que nous étions isolés les uns des autres ; nous pouvions sans rougir constater que M. X. ou M. Y., ayant profité des laeunes de la loi, pouvaient agir en malhonnêtes gens et employer tous les moyens possibles pour ne pas payer leurs dettes. Mais aujourd'hui tout est bien changé. Rappelez-vous les paroles sages de M. le docteur Bruoardel; l'année dernière, il disait que souvent le sentiment de l'honneur résultait d'un groupement professionnel; parce que,

ce qu'un membre isolé pouvait se permettre, lui était interdit lorsque l'honorabilité de toute la corporation était en jeu.

Nous devons donc désirer être quelque chose ; nous avons des droits et des devoirs, et, croyez-le bien, le mot de Dentiste ne fait plus rire : nous tenons une grande place dans la société par les services que nous rendons chaque jour.

Ne sommes-nous pas des serviteurs de la santé par l'hygiène que nous assurons, par les maladies non encore déclarées que nous découvrons, et, à la moindre alerte, ayant signalé le danger d'autant plus plus grand, que le plus souvent il n'est pas encore connu. Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que nous avons quelques droits à la sollicitude de nos législateurs ?

L'art dentaire n'est rien, disent les uns, il ne faut pas s'en occuper. L'art dentaire, disent certains autres, est tellement considérable, qu'il mérite l'honneur d'un diplôme spécial équivalent à celui que confère l'Ecole dentaire de Paris.

Sans vouloir énumérer les services que nous rendons à l'humanité, je veux signaler un point de vue qui n'a pas été traité jusqu'à ce jour. Ce point de vue est celui de la richesse de notre population française. Vous vous étonnez ? Eh bien ! pour faire cesser votre étonnement, je vais vous narrer une confidence dont l'importance n'échappera à personne.

Mme X... me disait dernièrement : « Je suis bien malheureuse ! A chaque enfant, j'ai à déplorer la perte de quelques-unes de mes dents. C'est désespérant. Encore un ou deux enfants, et je serai d'une laideur repoussante. C'est fini, je ne veux plus avoir de bébé. » Puis, après une longue méditation, cette dame reprit : « Mais vous ne connaissez donc rien qui permette aux femmes de conserver leurs dents tout en accomplissant les devoirs de la nature ? »

Il est évident que ce que Mme X... me disait, bon nombre de femmes l'ont pensé et ont agi en conséquence, et les intérêts de la patrie ont été lésés. Aujourd'hui que notre pays possède de nombreuses colonies demandant des colons, nous ne pouvons mieux faire que de travailler à conserver des dents qui doivent faire pousser de petits colons ; ce sera aussi un moyen de payer notre dette de reconnaissanee au savant Paul Bert.

Il est étrange que le rôle du dentiste devienne si important et soit, dans une certaine mesure, le nœud vital d'un des côtés de la question nationale.

Nous nous devons à nous-mêmes ; il faut que nous cessions d'être des parias. Je porte un toast afin que, l'année prochaine, nous fêtions la reconnaissance par l'Etat des droits des dentistes. (Applaudissements.)

DISCOURS DE M. P. DUBOIS

Mes chers confrères,

Depuis sept ans nous nous retrouvons à ce banquet annuel; sans lui, l'année aurait une lacune et en nous voyant si nombreux, il semble qu'on pourrait en dire, ce que Voltaire disait de Dieu : s'il n'existait pas il faudrait l'inventer.

Bien des choses dans nos mœurs ne valent pas celle-là. Il nous permet de revoir les anciens compagnons de luttes, d'études que les nécessités de la vie ont dispersés, de causer du passé et d'en tirer la leçon pour l'avenir. Dans les réunions nombreuses un courant de

sympathie se dégage, l'égoïsme est relégué à l'arrière plau, l'intérêt général s'affirme. Il y a sept ans on ne pouvait le servir utilement, les meilleures suggestions étaient étouffées, faute d'air et de terrain favorables. Il n'en est plus ainsi. Je n'ai pas à retracer ici le pouquoi et le comment des événements qui ont changé la face des choses. N'est-ce pas dans toutes nos mémoires. Nous en avons été les témoins et quelque peu les acteurs.

Pour ce qui concerne l'art dentaire en France, nous avons fait de l'histoire. Laissons au temps le soin de la juger et examinons un peu l'état actuel avec quelques-unes de ses conséquences prochaines. J'essaierai de le faire brièvement, je ne veux pas troubler votre digestion par un long discours.

La fondation de l'Ecole dentaire de Paris, a changé beaucoup, mais il n'est rien, qu'elle ait aussi profondément modifié que les conditions de recrutement de notre profession. Au patron d'apprentissage, n'offrant aucune garantie de savoir, de capacité enseignante, qui bien souvent aurait eu besoin de leçons au moins autant que son élève, nous avons substitué une Ecole possédant un personnel enseignant nombreux, parmi lequel nous sommes fiers de compter des médecins ayant une place à la Faculté de Médecine, chirurgien. médecin des hôpitaux, bibliothécaire adjoint de la Faculté, des ex-internes. A cet état-major médical, se joint un personnel enseignant d'origine professionnelle, dont je ne dirai pas tout le bien que je pense, — je blesserais trop de modesties. Et nous le savons, la modestie est chez nous une vertu banale, on dirait qu'elle fait partie du métier. (Rires, applaudissements.)

Les uns et les autres réunis assurent à ceux qui veulent étudier, à ceux qui veulent se faire dentistes, des facilités toutes nouvelles.

Non seulement, fils et parents de dentistes entrent dans la carrière, mais encore d'autres qui ne la connaissaient pas et qui pour certains, s'étaient déjà essayés dans d'autres professions.

Les Etats-Unis comptent 14,000 dentistes. Actuellement la France en possède huit à dix fois moins, quinze cents à deux mille au plus, dans quelques années ce nombre sera doublé, triplé peut-être, et nous aurons été la cause indirecte de la création de ces nouveaux concurrents. Ils lutteront contre nous, avec les armes que nous leurs aurons remises dans les mains.

Soit ! Cela ne nous effraie pas. Nous servons les idées de justice, de liberté et de progrès et nous en acceptons toutes les conséquences.

Mais pour leur rester fidèles, nous devons nous demander ce que seront ces nouveaux dentistes qui, sans nos bonnes volontés, n'auraient eu que des moyens insuffisants d'instruction? Nous avons à nous demander? Quelle opinion donneront ils au monde du dentiste français? Comment assureront-ils la continuation de la tâche, la marche en avant de la profession ? Car selon la direction que nous inculquerons à notre Ecole nous prépaperons des praticiens capables, faisant honneur à leur origine, ou bien, nous fabriquerons à la hâte des simili-dentistes connaissant juste ce qu'il faut, pour passer un semblant d'examen.

Ce n'est pas pour cela que vous avez donné votre temps et votre argent.

L'Ecole est un moyen et non un but.

Nous avons appris par expérience que nos ressources auraient été augmentées, si nous avions voulu avoir avec certains candidats, les accommodements que Tartuffe avait avec le ciel. Nous les avons refusée.

Qui nous en blâme hautement !

Ne vaudrait-il pas mieux, voir l'Ecole péricliter, fermer ses portes, faute de ressources que de la faire vivre par de tels moyens?

L'apprentissage de la prothèse demandait autrefois trois ans, et maintenant, que notre cadre s'est élargi on s'étonne qu'on ne veuille faire des dentistes en six mois.

Ces complaisances coupables, d'autres peuvent les avoir. L'Ecole Dentaire de Paris les répudie.

Nous manquerions ainsi à la confiance qu'on nous témoigne. Voir l'instrument de progrès se transformer en un moyen d'abaissement, se retourner contre nos intérêts moraux et matériels, ne peut nous avoir pour complices.

C'est notre honneur, d'avoir obtenu le succès par l'honnêteté des moyens. Nous resterons fidèles à cette ligne de conduite. (Applaudissements.)

Sept années d'existence, ont changé nos préoccupations nous, n'avons plus à craindre le naufrage. Nous sommes en quelque sorte dans la situation de Robinson, les grands dangers sont dans nos souvenirs et désormais sur la terre ferme, nous pouvons espérer dans l'avenir avec confiance.

Mais il faut aménager, remplacer l'abri provisoire qui nous a servi jusque-là, par une installation qui réponde au service public que nous assurons. Cette installation définitive, il faut lui donner des bases solides, il faut la constituer de manière à ce qu'elle puisse se plier aux exigences futures.

On pourrait nous appliquer le mot de Gambetta, à propos de la République : *L'ère des périls est passée, l'ère des difficultés commence.* Elles sont innombrables.

Dans notre histoire, nous nous sommes trop souvent relâchés de notre vigilance; il nous est arrivé trop souvent de nous arrêter, le premier effortf ait, pour qu'il ne soit nécessaire de faire profit des leçons du passé.

Si nous avons rencontré auprès des sommités de la science un accueil favorable, un appui, des encouragements précieux, il n'en a pas toujours été de même jusqu'ici dans les sphères gouvernementales. Pourtant, si l'Etat voulait faire une Ecole semblable à la nôtre, il serait obligé à des sacrifices d'argent considérables; il n'aurait pas, comme nous, la gratuité des services administratifs, et il me semble qu'un peu de bienveillance, à défaut de concours effectif, nous est bien due. Depuis quatre ans, nous réclamons la reconnaissance d'utilité publique. On nous renvoie d'Hérode à Pilate, en laissant notre requête en instance.

L'enseignement de l'art dentaire mérite autant la sollicitude de l'Etat que l'enseignement de l'horlogerie.

Puisque notre cote de contributions a une part pour l'instruction des peintres, des sculpteurs, des musiciens, des ingénieurs, des horlogers, des comédiens, des danseuses mêmes, nous aurions droit de réclamer une part pour l'instruction des nôtres.

C'est pourquoi, mes chers confrères, je bois à la coopération de toutes les bonnes volontés, afin d'assurer à la France une Ecole digne d'elle. Espérons que l'année prochaine nous aurons à fêter de nouveaux succès pour l'œuvre commune et que nos efforts auront été reconnus par tous (Applaudissements.)

DISCOURS DE M. GODON

Mes chers Confrères,

Nous sommes heureux de voir ce soir parmi nous, plusieurs de

nos confrères de province. Ils n'ont pas craint de quitter leur famille et leurs affaires, et de s'imposer un voyage qui, pour quelques-uns, est long et coûteux, pour venir dans cette réunion confraternelle, fêter avec nous les succès de l'*Association Générale des Dentistes de France* et de l'*Ecole Dentaire de Paris*.

Je tiens à leur en exprimer ici toute notre gratitude. Cependant — il nous faut regretter — qu'ils ne soient pas plus nombreux, qui tous n'aient pu répondre à notre appel. Notre plus cher désir est de nous voir ainsi réunis aussi bien aux jours de la lutte que les jours de banquet.

Et à cette occasion, permettez-moi, mes chers confrères, d'exprimer un souhait qui est dans la pensée de plusieurs de nos amis.

Les membres de notre Société, les diplômés de notre école qui exercent en province commencent déjà à être relativement nombreux.

Si, au début de notre groupement, les dentistes de province ont cru devoir laisser à leurs confrères parisiens le soin de diriger leurs Sociétés et de défendre leurs intérêts, il ne me semble pas qu'il doive en être toujours ainsi. L'heure me paraît venue, de prêcher chez nous, comme on le fait aujourd'hui en politique, la décentralisation, de souhaiter voir se développer dans la France tout entière une vie professionnelle plus active.

Voyez à l'étranger, aux Etats-Unis par exemple depuis une quarantaine d'années environ, il s'y est développé une activité professionnelle des plus remarquables.

Dans chaque ville importante, il y au moins une Societé odontologique, quelquefois même plusieurs, comme à New-York, des écoles dentaires, des journaux professionnels et de toute cette activité il en résulte un mouvement progressif très notable.

Nous ne pouvons en demander autant à notre pays où le réveil de l'art dentaire date à peine d'une dizaine d'années.

Cependant, il est temps que nos confrères de province prennent une part plus importante à la direction de nos Sociétés et de notre Ecole.

La réputation de l'art dentaire français et j'ajouterai même le juste souci de leurs propres intérêts le leur commandent.

Permettez-moi, mes chers confrères, de vous en citer un exemple :

La Chambre des Députés est actuellement saisie de deux projets de loi sur l'exercice de l'art médical, émanant l'un de l'initiative du gouvernement, l'autre de celle des députés. Or, à la faveur d'un simple article, ces deux projets pretendent disposer du sort des dentistes et de l'art dentaire français.

Nous n'avons pourtant pas été consultés nous, les principaux interressés, on n'a pas demandé l'avis de notre Société la plus importante et la plus nombreuse des sociétés professionnelles.

On s'est contenté, m'a-t-on répondu, lorsque j'en fis à qui de droit, la remarque de prendre l'avis de quelques personnalités des plus notables, mais qui n'avaient pas mandat de parler au nom de la profession ou même d'un groupe.

Dans un pays démocratique, comme le nôtre, sous un gouvernement libéral, ce procédé doit avoir lieu de nous étonner.

Si l'on a agi ainsi à notre égard, c'est que l'on ne nous a pas crus assez forts pour nous faire écouter.

Il est cependant de notre devoir autant que de notre intérêt de faire entendre notre voix dans ce débat.

Pour cela, il nous faut tous, confrères de Paris et de Province, unir nos efforts, employer nos influences, auprès de nos mandataires, de nos élus, aujourd'hui nos législateurs, afin de faire triompher près de nos gouvernants la solution la plus logique et la plus conforme aux intérêts bien compris du public et de l'art dentaire français. Deux ou trois cents citoyens employant tous leurs efforts dans une même voie pour une cause juste ne peuvent manquer de réussir.

Cette question résolue, il y en a, il y en aura d'autres qui toutes viendront prouver la nécessité de créer dans les différentes régions, dans les différentes villes de France, pour le progrès de notre art, des centres d'union, de mouvement et d'études.

Aussi, mes chers confrères, permettez-moi de porter un toast au développement de la vie et de l'activité professionnelle en Province. (Applaudissements.)

REVUE DE L'ETRANGER

TRAITEMENT CONSERVATEUR DES INFLAMMATIONS DE LA PULPE

Par Witzel.

Traduit et résumé par R. Heide, professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

L'inflammation de la pulpe, ses complications consécutives, sont, le plus souvent, la cause de l'intervention du dentiste. Il est donc de la plus grande importance de savoir les traiter judicieusement, et d'appliquer, le plus possible, le traitement conservateur, dont les avantages sont évidents à l'esprit de tout praticien.

I. *Etiologie.* — L'inflammation de la pulpe est presque toujours due à la décomposition de la dentine des dents cariées.

Si la couche de dentine qui recouvre la pulpe n'est pas ramollie, l'infection ne peut se produire, tandis que le contact avec la dentine altérée produit l'infection et la destruction, d'abord limitée, puis généralisée.

Abandonné à lui-même, ce tissu mortifié et septique donne lieu à la suppuration, et enfin à la gangrène de l'organe.

Avant la dénudation, le traitement consiste à désinfecter la dentine ; la dénudation et les accidents consécutifs seront combattus par la médication antiseptique.

B. *Symptômes cliniques. Diagnostic.* — Si une dent cariée est sensible à l'eau froide, aux substances sucrées, aux acides, cela produit successivement une irritation, une hyperhémie de la pulpe à l'endroit de la partie cariée. Dans cet état, la dentine, qui forme les parois de la chambre pulpaire, est pourtant encore saine.

On peut comparer la cavité cariée à une pyramide dont la base est à l'extérieur, et le sommet vers la pulpe. A un point plus

avancé, la dent fait mal pendant et après le repas ; cela est de peu de durée. Si un léger traumatisme et la position horizontale causent un certain engourdissement, on peut croire que la décomposition de la dentine s'est produite. On devra alors s'assurer, à l'aide d'un instrument non pointu, si cette couche cède à la pression, en provoquant de la douleur ; de plus, on essayera la sensibilité par l'injection de l'eau froide. Si, de cet examen, il résulte qu'il n'y a qu'une irritation de la pulpe, on procède au coiffage, comme il est décrit ci-dessous.

Trouve-t-on l'endroit gris complètement insensible, on l'enlève pour s'assurer de l'état des couches sous-jacentes. Bien souvent, dans ces cas, la sonde entre directement dans la chambre pulpaire, sans rencontrer la pulpe vivante, si ce n'est au fond du canal. Cela se remarque surtout sur les dents qui, auparavant, ont été obturées par dessus une pulpe légèrement enflammée ou recouverte de dentine ramollie.

Si une dent a causé auparavant de la douleur, et est actuellement couverte d une couche de dentine molle, insensible à l'eau froide, à l'excavation, ce sont là des signes de destruction ou tout au moins d'atrophie.

Si on juge préférable de laisser une mince couche d'ivoire sur la pulpe, on la désinfecte à l'aide de l'alcool sublimé et on place, au fond de la cavité, une pâte de ciment au sublimé, qu'on recouvre ensuite d'une capsule en métal, remplie de la même pâte, avant d'introduire la matière obturatrice.

En résumé, si l'injection de quelques gouttes d'eau froide ne produit qu'une certaine sensation désagréable et passagère, la pulpe n'est qu'irritée ; tandis que cet organe est partiellement enflammé quand les douleurs ne cessent qu'après quelques minutes ; enfin, dans le cas où la dent n'est plus sensible à l'eau froide, mais où le contact des aliments chauds produit momentanément des douleurs violentes, que l'eau froide dissipe ou atténue, il y a une pulpe gangrenée avec formation de gaz.

II. *Traitement des inflammations de la pulpe.* — La cavité doit être d'abord nettoyée par l'alcool sublimé.

Sublimé...............	2 grammes.
Acide phénique........	5 grammes.
Eau...................	25 grammes.
Alcool................	75 grammes.

Mêlez

La dentine saine, mais sensible est également traitée par cette solution, elle rend l'excavation de la cavité supportable. Tous les médicaments qui enlèvent la sensibilité de la dentine agissent en changeant chimiquement le protoplasme ; ils détruisent les rapports vitaux de la dentine et de la pulpe, ils sont contre-indiqués dans le traitement conservateur.

Quand après avoir mis la digue on a bien nettoyé sa cavité avec des excavateurs en forme de cueillère, en prenant bien garde

de toucher la pulpe, on la lave à l'alcool sublimé, et on la sèche à l'air chaud pour la tapisser ensuite avec du mastic au phénol qu'on recouvre par une petite épaisseur de pâte de Hill, afin de former une couche protectrice, puis on remplit la dent avec la matière obturatrice.

Autrefois, on prétendait qu'il était prudent de laisser une couche de dentine ramollie au fond de la cavité pour protéger la pulpe; mais aujourd'hui, il est bien reconnu que la pulpe s'infecte et se gangrène sous cette couche mortifiée. Il est donc nécessaire de l'enlever.

Par conséquent, bien examiner la cavité préparée est de la plus grande importance. On doit chercher si dans le voisinage de la pulpe il ne reste pas de dentine ramollie. Cet examen est parfois assez difficile, car les parois peuvent paraître saines, et ce n'est qu'à un petit endroit, au-dessus d'une des cornes de l'organe central, qu'on remarque que l'ivoire a une couleur légèrement grisâtre.

On obtiendra par ces moyens l'aseptie de l'ivoire et de la pulpe et de légères pulpites peuvent être ainsi traitées.

L'alcool sublimé détruit les micro-organismes à la surface de la dentine, la traverse et agit indirectement sur la pulpe. On doit pour cela l'appliquer plusieurs fois, la pose de la digue est toujours nécessaire.

Le coiffage des pulpes dénudées. — Si par maladresse de l'opérateur, ou par une autre cause, une pulpe saine ou légèrement irritée est mise à nu, ou si on désire la dégager de l'ivoire altéré qui la comprime, ou l'irrite, pour la coiffer ensuite; on tiendra compte des conditions suivantes dont dépend le succès :

1° La partie dénudée de la pulpe ne doit pas être en contact avec les tissus altérés.

2° Le coiffage ne doit pas agir comme irritant ou comme caustique.

3° La couche protectrice et antiseptique doit être en contact immédiat avec la pulpe sans exercer aucune pression sur l'organe.

4° La matière obturatrice ne doit, pas plus que la coiffe elle-même, comprimer si peu que ce soit la pulpe.

Comme matières plastiques de coiffage, l'éther iodoformé au phénol et le collodion iodoformé sont les mieux indiqués.

Les pulpes saines qui ont été accidentellement mises à nu, et qui n'ont pas été profondément blessées doivent être touchées tout d'abord avec l'éther iodoformé au phénol, puis on coiffe avec le collodion iodoformé, on fait évaporer l'éther du collodion par des projections d'air chaud, on recouvre ensuite cette première couche par une pellicule de gutta de Hill, enfin une capsule de métal légèrement chauffée protège le tout avant l'introduction du plombage.

Le ciment iodoformé de Skagsborg qui durcit très bien est aussi employé avec succès sur les pulpes saines et récemment dénudées.

Si pendant l'excavation on découvre accidentellement une pulpe qui jusque-là avait été indolore, on doit tout de suite imbiber la

blessure avec de l'éther iodoformé au phénol pour appliquer par dessus du ciment phéniqué et morphiné, de la grosseur d'une tête d'épingle qu'on recouvre par une capsule métallique remplie de ciment un peu plus dur.

Le ciment adhère à la capsule et à la dentine, il forme une protection excellente au nerf.

La première couche reste sirupeuse,sert de calmant et de désinfectant. L'amalgalme ou le ciment peuvent être ensuite employés. La capsule a deux avantages : 1° Conserver la pulpe contre toute irritation traumatique ; 2° De conserver la pâte assez liquide.

Le pronostic et le traitement seront toujours influencés par l'examen minutieux de la cavité et l'état de la pulpe; on doit connaître avec exactitude si elle est simplement irritée, ou dénudée, et sur quels points elle l'est. (*A suivre.*)

Il faut croire que la chute des feuilles fait en bien des endroits allumer les quinquets et dresser les estrades. Pour les dentistes l'automne est l'époque des solemnités. L'inauguration des cours de l'Ecole dentaire de Paris, le banquet de l'Association générale des dentistes de France, sont désormais dans les traditions. Ce journal les enregistre, il fait connaître à ceux qui n'ont pu y participer les tendances, les résultats du mouvement professionnel. Cette année nous avons eu quelque chose de plus. Quoi? Nos lecteurs l'apprendront par la spirituel article suivante qu'un correspondant anonyme veut bien nous envoyer.

N. D. L. R.

A L'INSTITUT ODONTOTECHNIQUE

QUINZE PROFESSEURS POUR UN ÉLÈVE !

Vendredi, 12 novembre, à 8 heures du soir, ma bonne ou ma mauvaise étoile, le lecteur jugera, m'a conduit à la séance d'inauguration ds l'Institut odontotechnique.

Pourquoi odontotechnique ?

Académie ne suffit plus, et ces messieurs éprouvent des consolations à cultiver le jardin des racines grecques.

La carte d'invitation était alléchante : « PRÉSIDENCE DE M. LOCKROY ».

On revêt l'habit pour moins. Un doute planai bien dans mon esprit sur la présence du sympathique ministret du commerce à cette séance inaugurale.

Aussi étais-je préparé moralement à ma première déception.

Je vois en effet se traîner au fauteuil présidentiel, avec la grâce d'un condamné conduit au supplice, qui ? l'inspecteur Gavaret. Il annonce de la voix que l'on sait, que l'absence du MINISTRE DES COLONIES ! (*sic*), lui vaut l'honneur de présider cette séance.

Alors M. Brasseur, l'honorable vice-président de l'Institut,

cherche à nous prouver dans un discours, dont la fin était impatiemment attendue par son auditoire, que la Faculté de médecine n'est pas capable de faire de bons dentistes : nombreux exemples à l'appui de sa thèse et congratulations à outrance où chacun a trouvé sa part.

M. le Dr Ramonat développe la thèse opposée et déclare qu'on ne peut être bon dentiste sans connaître sa médecine, exemples et preuves à l'appui, ainsi que congratulations *ejusdem farinæ.*

Dieu me préserve, et mes lecteurs m'en sauront gré, de suivre ces messieurs sur ce terrain vésuvien et de mettre mon doigt entre l'arbre médical et l'écorce dentaire. Mon rôle de spectateur me l'interdit.

Nous arrivons au clou de la soirée, à la distribution des récompenses et des diplômes.

Le fameux Institut n'a délivré cette année qu'un diplôme. Comment avouer ces choses-là ?

Pour jeter la poudre aux yeux de l'assemblée et des naïfs qui avaient répondu à l'invitation du bureau, on a imaginé de citer les noms des diplômés de l'école depuis sa fondation. Si j'ai bien compté, ils sont six (!!!).

Déranger un ministre pour délivrer un diplôme de dentiste, voilà un premier comble. Le second c'est d'avoir un personnel de quinze professeurs pour cet élève unique! Comme il doit bien apprendre.

Un troisième comble a été révélé à mes yeux de profane par d'immenses placards indiquant le tarif de tous les soins. Comment, dans un hôpital, dans une clinique on trafique avec les pauvres malheureux?

A son tour, le sympathique M. Gavaret cherche à prouver quelquechose. Les idées ne venant pas, et les mots encore moins, sur un sujet aussi peu connu de lui, il congratule l'assistance et lève la séance.

Puissent les malheureux malades éprouver bientôt les bienfaisants effets de cette mejestueuse inauguration.

La parole est aux daviers. Patients prépaiez vos mâchoires.

P.S. J'ai retrouvé un compte-rendu (73 lignes),de cette séance, à la troisième page d'un journal, à côté d'une réclame de la pâte Regnauld. Son auteur montre assez qu'il l'a écrit de sa plus belle imagination ; il cite, en effet, comme présentes, quantité de personnes qui ont peut-être été invitées, mais qui se sont bien gardées de venir ; il représente le sous-directeur de l'Ecole, comme très fatigué d'avoir proclamé la liste des élèves lauréats, liste qui comprenait en tout UN élève.

O Institut !

INVENTIONS. PERFECTIONNEMENTS

Quel est l'inventeur du tour dentaire ?

Une lettre de M. A. Jamieson au *Journal of Bristish dental association*, et reproduite par le *Progrès dentaire*, réclame pour un dentiste écossais, M. Henry Dewar d'Aberdeen l'honneur de l'invention de la machine à fraiser. M. Jamieson parle d'un brevet pris en date du 20 mai 1856 ; et dans la description de l'appareil figurait, dit-il, un dessin représentant la pièce à angle droit.

La description incomplète qu'on nous fait connaître, ne nous donne pas une idée suffisante de la machine de M. Henri Dewar, puisqu'elle parle seulement, « d'un appareil destiné » à transmettre un mouvement rotatoire à un foret, devant » servir aux usages dentaires, sans cependant qu'il soit fait » mention d'un ressort spiral. » Le drill transmet un mouvement rotatoire à un foret; si c'est d'un instrument semblable qu'il s'agit, on pourrait remonter bien au delà de 1856.

Pour nous, l'arbre et la pédale sont les pièces essentielles du tour dentaire et c'est la transmission du mouvement du pied qui fait son originalité, sa supériorité sur ses devanciers. En laissant à l'opérateur l'usage de ses deux mains pour la conduite de l'instrument il a opéré une véritable révolution dans la préparation des cavités.

La France n'a pas été non plus étrangère à des essais de moteurs pour forets devant agir dans la cavité buccale.

Le musée de l'Ecole dentaire de Paris en renferme un fort ingénieux que nous devons à la libéralité de l'inventeur, le vice-président de l'Association générale des dentistes de France, M. Wisner, et son origine remonte au delà de l'apparition de l'invention de M. Dewar. Commencé et essayé en 1850, il figura à l'Exposition Internationale de 1855, ainsi que le catalogue en fait foi. Ce moteur devait son action à un mouvement d'horlogerie, et si l'invention de Morisson n'était venue supplanter tous les essais précédents, il était appelé à nous rendre des services.

Nous croyons remplir un devoir en rappelant à la génération actuelle que malgré des conditions difficiles, ses aînés n'avaient pas abandonné tout esprit de recherches et nous sommes heureux de tirer de l'oubli les titres de la France et de notre respecté vice-président.

P. D.

UN NOUVEAU BRONZE D'ALUMINIUM.— M. Sauer préconise l'emploi dans la bouche d'un alliage de cuivre 9 parties, et d'aluminium 1 partie pour faire des appareils de prothèse, des ressorts, et des instruments. Selon lui, l'oxidation serait très faible, une patine recouvrant de bonne heure le métal et empêchant l'altération subséquente. Le point de fusion est très élevé 1000° c. Les soudures peuvent être

faites avec de la soudure de 14 à 16 carats. La grande qualité de ce métal est dans son élasticité et sa dureté, — il a permis de faire de lames de canif, et son ressort serait presque aussi grand que celui de l'acier tiré. Malgré cela il s'estamperait à merveille.

(*Dental Record*).

DECORATION DU VERRE A FROID. — La décoration du verre, qui présente industriellement certaines difficultés, peut se faire aisément à froid en se servant d'un produit dont l'emploi se généralise de jonr en jour dans les arts: le silicate de soude ou le silicate de potasse en dissolution. On additionne ce silicate de blanc de zinc, d'outre-mer ou d'un acide coloré; puis on l'applique au tampon ou au rouleau sur le verre à décorer. Des patrons de fort papier découpés permettent de ménager des réserves au moyen desquelles on obtient des effets décoratifs que l'on accroît encore en juxtaposant et superposant les couleurs.

Cet enduit sèche vite et donne des tons très doux; il n'est pas cher et présente l'avantage de pouvoir s'étendre aussi bien sur des vitraux en place que sur des verres démontés. C'est à M. Lutz Knetchle que l'on doit cette intéressante application.

(*Génie civil*).

ENLÈVEMENT DE LA ROUILLE. — Pour enlever la rouille des pièces d'acier d'une machine, on emploie habituellement de la brique pilée, de la pierre ponce, de la terre jaune, du papier de verre ou du papier émeri. Ces substances remplissent bien le but poursuivi, mais elles présentent un inconvénient très grave : elles rayent l'acier, etcelui-ci, ayant perdu son poli, ne tarde pas à se rouiller de nouveau.

La *Chronique industrielle* donne la formule suivante d'une pâte qui enlève très bien la rouille et conserve le poli des pièces attaquées ; cyanure de potassium, 15 grammes; savon gras, 15 grammes; blanc de Meudon, 30 grammes; ajouter de l'eau en quantité suffisante pour amalgamer ces matières et en former une pâte épaisse.

— DES ALTÉRATIONS SUBIES EN MAGASIN PAR LES INSTRUMENTS DE CAOUTCHOUC ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER. — *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires* publient un rapport au ministre de la guerre sur les altérations que le temps et le non usage font subir aux approvisionnements d'objets en caoutchouc. Certaines conclusions de ce mémoire peuvent nous servir également et nous croyons utile de les faire connaître.

Le rapporteur s'est enquis s si les fabricants avaient des moyens de conservation spéciaux et les renseignements recueillis ont été peu satisfaisants.

On doit éviter surtout pour les tubes, les faux plis, les cassures, le séjour dans les endroits secs, chauds, éclairés.

Le choix du meilleur caoutchouc à employer pour la fabrication des instruments de chirurgie repose sur les données suivantes :

Le caoutchouc pur est le moins altérable de tous; c'est celui qui résiste le mieux à l'action de l'air. Le caoutchouc pur est en feuille ; il est blanc quand il a été sulfuré à 140°.

Le caoutchouc coloré au moyen de substances métalliques incorporées est toujours moins pur, moins résistant et plus dense.

Comme corollaire de cette proposition, il résulte que plus le caout-

chouc est pur moins il pèse ; la pesée est donc le plus sûr moyen d'apprécier sa qualité.

Enfin, condition essentielle, le caoutchouc blanc ne doit pas être sulfuré à plus de 140° sous peine de perdre une partie de ses propriétés de pureté et de résistance.

— LE TRAVAIL DE L'IVOIRE. — Cette substance étant dure, cassante et d'un prix assez élevé, il y aurait grand avantage à la ramollir et à pouvoir la mouler. Voici deux procédés que les intéressés peuvent mettre en pratique et modifier suivant les circonstances.

On fait tremper l'ivoire dans une solution d'acide phosphorique de densité 1,3, jusqu'à ce qu'il perde son opacité et devienne plus ou moins transparent. On le lave à l'eau froide, et l'on a une substance aussi élastique que le cuir, qui peut recevoir toutes les formes : on peut y faire pénétrer une tige, une vis ou une fourrure à demeure. Laissé à l'air, il ne tarde pas à reprendre sa consistance ordinaire, mais il redevient flexible si on le plonge dans l'eau chaude.

On amollit complètement l'ivoire en le faisant tremper pendant trois ou quatre jours dans un bain contenant une partie d'acide nitrique pour cinq parties d'eau.

Les objets durcis ne réclament plus que le polissage.

(*Moniteur industriel.*)

— APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ A LA SOUDURE DU FER ET DES AUTRES MÉTAUX. — Pour souder deux parties d'un fil rompu sans augmenter sa section, M. Elihue Thomson, l'inventeur bien connu qui a collaboré à l'invention de la dynamo Thomson-Houston, se sert fort avantageusement d'un courant électrique. Les deux parties du fil étant reliées aux deux bornes d'une machine à courants alternatifs reliée à une bobine primaire dans le circuit de laquelle se trouve une résistance variable, si l'on rapproche ces deux fragments en laissant passer le courant, les extrémités fondent et donnent un joint parfait.

M. Thomson se propose de chauffer par les moyens ordinaires les grandes pièces dans lesquelles le courant seul ne suffirait pas ; la présence de ce courant agirait alors pour rendre le jointplus parfait.

(*La lumière électrique*).

PUBLICATIONS REÇUES

Index to the periodical literature of Dental Science and Art, as presented in the english language Cy. J. Taft M. D. D. D. S. professor of the principles and pratice of operative dentistry in the dental college of the university of Michgain ; author of operative dentistry. Philadelphia Blahiston, Son and C° 1886.

Pour la science et la pratique de notre art le journal a autant sinon plus d'importance que le livre. Ce dernier suit de loin le progrès le journal l'enregistre chaque jour. Ses feuilles jettendans la circulation la semence de l'avenir et lèur plus grand inconvénient est peut-être dans leur richesse.

S'il est parfois difficile de discerner l'ivraie du bon grain, dans les publications au jour le jour, il l'est encore plus de faire des recherches dans leurs collections.

Leur accumulation est un épouvantail pour le travailleur, et on ne peut que savoir gré à ceux qui veulent bien mettre un peu d'ordre dans cet amoncellement de documents, en dresser un inventaire, même incomplet.

En ce qui concerne la littérature professionnelle publiée dans les journaux d'Angleterre et d'Amérique, M. Taft s'est dévoué à cette tâche utile. Au nom de la profession tout entière nous ne pouvons que l'en féliciter.

L'avancement de la connaissance a besoin de répertoires de ce genre et les travailleurs des deux mondes bénéficieront de celui-ci

LA PHTISIE VAINCUE par l'inhalateur dentaire permanent invisible du Dr Pradère de Moine. Ex-professeur et chirurgien en chef de la Clinique dentaire de Lyon. Officier de l'ordre du Nichan Iftihar.

Cette publication a pour but de faire connaître les appareils porte-médicaments de M. Pradère qui ont déjà été présentés à l'Académie de Médecine, à la Société d'Odontologie de Paris On sait qu'ils consistent en un appareil de prothèse couvrant le palais, comme nos pièces à succion et contenant, au lieu d'une cage à air un réceptacle pou• médicaments volatils. L'inventeur pense ainsi avoir une action médicamenteuse constante, surtout dans les maladies des voies respiratoires. On a essayé ces derniers temps de porter les antiseptiques dans le milieu morbide même. L'idée de M. Pradère, procède des mêmes préoccupations et nous ne serions pas surpris que cette ingénieuse application prît un développement inattendu.

AVIS

—

L'abondance des matières nous force à reporter au mois prochain. les communications de MM. Poinsot et Bugnot présentées à la séance du octobre de la Société d'Odontologie de Paris.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère, M. Bonnard, vient d'être nommé chirurgien-dentiste des maison de secours du XVIIIe arrondissement.

Dentistiana. — Un de nos collègues M. T... se rendait à l'Ecole pour faire son service, pour cela il monta sur l'impériale de l'omnibus. Peu de temps après un monsieur, de mise distinguée, vint s'asseoir à côté de lui; le monsieur aime la conversation et l'amène toujours sur ses préoccupations habituelles; les dents l'intéressent beaucoup, il en parla longuement à notre confrère qui l'écouta avec une curiosité sympathique, heureux de voir des notions d'hygiène buccale se répandre. Puis, pour conclure, le monsieur parla de ses talents, de sa science et offrit sa carte à M. T... dentiste qui l'accepta en le remerciant.

Elle portait l'adresse de M. S..., dentiste, rue Saint-Honoré !!!

Peut-on mieux employer son temps en omnibus ?

Tout abonné ou membre de l'Association générale qui ne recevrait pas le journal est prié d'en aviser l'administration. Il sera envoyé gratuitement un autre numéro si la réclamation est faite dans le délai d'un mois.

Il est rendu compte de tout ouvrage intéressant l'Art Dentaire dont on fait remettre deux exemplaires au bureau du journal.

Les demandes de renseignements doivent être accompagnées d'un timbre pour la réponse.

L'Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste est en vente chez les fournisseurs pour dentistes.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 2, rue d'Amsterdam, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

Le prix des frais d recouvrement est à la charge des souscripteurs.

On demande un dentiste dans une ville de Normandie. S'adresser au docteur David.

On serait reconnaissant à la personne qui voudrait bien céder :

Duval : Expériences et observations pratiques sur les dents plombées qui sont susceptibles de l'influence galvanique, Paris 1807, in-8°, 23 pages. S'adresser au Dr Eavid.

On demande un opérateur dans une ville de province, s'adresser au bureau du journal sous les initiales S. L.

Ancien et trés bon cabinet à céder après fortune. Fait actuellement affaires 30.000 à 35.000 francs. *Affaire très avantageuse.*

S'adresser 52, rue Richer, M. Guillois.

Un mécanicien qui a été assistant-opérateur chez le docteur Herbst, demande une place de mécanicien à Paris.

S'adresser à M. Heidé, 3, rue d'Argenteuil.

On désire céder au tiers de sa valeur : 1° un fauteuil mécanique fonctionnant très bien, prix 150 francs ; 2° un pied en fonte (modèle spécial) supportant tablette mobile et crachoir, prix 90 francs, a coûté 160 fr.

S'adresser à MM. Godard et Gontenau, 7, rue du Bouloi.

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat

VOL. 6. Paris, Décembre 1886. N° 12

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR DECEMBRE 1886

REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE

KYSTES DES MACHOIRES, par M. le Dr TH. DAVID

1° HISTORIQUE

Pendant longtemps les kystes furent confondus avec les diverses tumeurs des mâchoires.

Les premières descriptions, qui laissent entrevoir une vague distinction, sont celles de SCULTET (1) 1654, de J. L. PETIT (2), 1723.

Cet auteur parle d'exostoses molles à l'intérieur « qui étaient toutes à l'os de la mâchoire inférieure, dans la partie où sont logées les grosses dents molaires; les mâchoires étaient en cet endroit seulement plus grosses d'un tiers que le naturel. »

La confusion cesse au dix-huitième siècle, quant à l'origine, à la nature, aux signes de l'affection. C'est un dentiste (1728) FAUCHARD, le créateur de la chirurgie dentaire, qui dis-

(1) *Armentarium chirurgicum*, p. 222, 228.
(2) Maladie des os, t. II, p. 347.

tingua au point de vue de leur origine les kystes des autres tumeurs des mâchoires. Dans son traité, le « Chirurgien dentiste, » il rapporte plusieurs observations de tumeurs liquides liées à des altérations dentaires, et guéries par l'extraction des dents correspondantes; le liquide qu'elles contenaient se vidait alors par l'alvéole.

Runge (1750), relate également plusieurs cas de tumeurs des maxillaires renfermant des dents, et émet l'hypothèse quelles ont pu être occasionnées par l'altération de ces organes.

Ainsi Fauchard, Runge, admettent l'origine dentaire des kystes.

Runge met en lumière un fait nouveau dans l'histoire clinique de ces affections. (Thèses chirurgicales de Haller, obs. II, p. 214.) « En pressant, dit-il, sur un point de la tumeur, l'enveloppe osseuse se laisse déprimer et revient sur elle-même : *Cum sonitu quodam.* » C'est le bruit de parchemin, dont on a attribué à tort la découverte à Dupuytren.

Bordenave (1768), Morelot 1774 (1), A. Cooper Hankins, rapportent de nombreux cas de kystes sous le nom d'exostoses cartilagineuses des mâchoires.

Un autre dentiste (2), Jourdain (1778), étudie bien le sujet et relate plusieurs cas de tumeurs dûes à la présence de dents incluses; il compare le bruit de parchemin au craquement que l'on produirait en brisant des coquilles d'œuf entre les doigts. Le même auteur paraît avoir entrevu les kystes périostiques dont il a fourni une explication étiologique encore admise aujourd'hui. Il parle, en effet, d'une sorte de transudation purulente survenue à la suite d'un plombage. « J'ôtai la dent, dit-il, tout le périoste des racines était fongeux et abreuvé de pus... J'ai vu, ajoute-t-il encore, bien d'autres exemples de ce genre de maladie consécutive, soit à la carie des dents, soit à une humeur répercutée, soit enfin à l'extraction incomplète de la dent (3). »

Hunter confirme ces faits, rapporte des exemples de tumeur, enkystées qu'il a rencontrées, surtout à la mâchoire inférieure avec des parois minces, qui se brisent facilement. Il distingue leur contenu, qu'il appelle lymphe coagulable, pour le differencier du sang, du pus. Ainsi donc, à la fin du dix-huitième siècle, les kystes étaient nettement distingués des autres tumeurs des mâchoires, quant à leur nature, leur caractère physique, leur contenu, leur symptôme caractéristique (bruit de parchemin) et quant à leur relation étiologique avec le système dentaire.

Cette distinction était déjà nettement établie pour qu'un autre dentiste, Duval, ait pu écrire le passage suivant. « Dans cette

(1) Mémofres de l'Aeadémie de chirurgie.

(2) Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche.

(3) *Ibid*, T. I, p. 150.

espèce de consomption. l'extrémité de la racine baigne dans un liquide renfermé dans une sorte de kyste, fixé d'une part au bourrelet osseux de la racine qui circonscrit la surface affectée, et de l'autre, au fond de l'alvéole. Le kyste suit ordinairement la dent lors de son extraction. Quand il reste dans l'alvéole, il occasionne quelquefois une suppuration qui paraît assez longtemps après l'extraction de la dent, les kystes contiennent un liquide, tantôt très épais, tantôt séreux. Leur surface intérieure est *aussi lisse que celle de membrane séreuse*. La partie altérée de la dent est quelquefois assez lisse, on remarque vers le centre un point noir formé par le canal dentaire ouvert à cet endroit. La partie saine de la dent forme ordinairement autour de la partie affectée un léger bourrelet analogue aux bords calleux des ulcères. » (1)

Que manque-t-il à cette description des kystes périostiques? La couche d'épithélium intérieure n'y est même pas omise. on dirait que ces lignes sont écrites d'hier, et nous les rappelons avec d'autant plus de plaisir, qu'elles ont été passées sous silence par tous les auteurs qui, depuis, ont écrit sur les kystes des mâchoires.

Delpech, 1816, distingue les tumeurs liquides du maxillaire supérieur, des épanchements du sinus, remarque le liquide transparent visqueux, et croit voir que le kyste est confondu avec le cordon pulpaire, d'où l'hypothèse que le kyste se développe dans la pulpe ou dans son cordon. Il supposait, à tort, que le paroi des kystes périostiques n'était qu'une expansion, une dilatation du cordon pulpaire (2).

Boyer, 1818, émet comme idée nouvelle la théorie des kystes folliculaires, en décrivant une maladie du bord alvéolaire qu'il considère comme le résultat d'un trouble survenu dans la nature et le développement du germe des dents molaires de la seconde dentition (3).

Dupuytren, sans rien apporter de nouveau à la question, rassemble les faits acquis et en donne une excellente histoire clinique, visant surtout les kystes volumineux des mâchoires, folliculaires ou non (4).

Il ne restait, dès lors, à vrai dire, que deux points à établir : la classification et la pathogénie.

Diday, 1839, (5) ayant remarqué que les kystes des maxillaires avaient pour siège de prédilection le bord alvéolaire, et qu'ils se rencontraient surtout sur des individus jeunes, confirme les idées de Boyer (1818), et attribue la cause des kystes à une altération du bulbe dentaire ou à une secrétion intra-folliculaire. Ainsi, par Boyer et par Diday, se trouve esquissée la pathogénie des kystes folliculaires.

(1) *Journal de médecine....*, de Sedillot, 1812.
(2) *Clinique chirurgicale de Montpellier*, T. III, p. 439.
(3) *Traité des maladies chirurgicales*, T. V, p. 376.
(4) *Leçons orales*, 2e edit, 1839, T. II, p. 129.
(5) *Theses de concours sur les maladies des os de la face.*

A Forget (1), 1840, revient l'honneur d'esquisser celle des kystes radiculaires des dents adultes, « kystes alvéolodentaires. » Il les rattache aux différentes lésions dentaires et surtout à la carie, qui, de toutes les causes, est celle qui paraît exercer l'influence la plus directe.

Le même auteur reconnaît des kystes solides, liquides et mixtes. Le premier, il décrit les kystes multiloculaires qui naîtraient spontanément dans les os et seraient constitués par les cellules agrandies du tissu spongieux.

En 1844, Szokalski publie une remarquable observation de kyste périostique : (2)

« ... La poche en question, dit-il, n'était donc que le périoste soulevé par un épanchement purulent... Pour connaître la cause de cette affection, il suffit de se rappeler qu'il existe entre la racine des dents et le périoste de l'alvéole dentaire, une membrane particulière ayant une structure fibro séreuse, provenant comme il paraît de l'ancien follicule dentaire et que cette membrane sert de périoste à la dent... »

Guibout (3) (1847) cherche à établir d'une façon générale les causes de l'affection qu'il rattache :

1° A un état pathologique du follicule dentaire déterminant un épanchement liquide à l'intérieur ;

2° A un vice dans l'évolution dentaire produisant l'enkystement d'une dent restée incluse dans le maxillaire ;

3° A une suractivité vitale et à des perturbations de forme, de structure et de dimension des os, (Kystes non liés au système dentaire).

Duchaussoy (1857) reconnaît l'origine dentaire des kystes, combat les idées de Delpech, qui faisait naître le kyste dans le cordon pulpaire, et en localise le siège dans les alvéoles pour les kystes alvéolaires, et dans le tissu spongieux pour les kystes folliculaires.

La science admet à cette époque : 1° des kystes développés aux dépens du périoste de la racine ; 2° des kystes développés dans le follicule dentaire et empêchant son évolution normale ; 3° des kystes indépendants du système dentaire (kystes multiloculaires).

L'histoire des kystes serait probablement restée stationnaire à ce point si l'anatomie n'était venue lui apporter de nouveaux documents. Elle prit en effet un nouvel essor à partir du jour où le développement et la formation de l'organe dentaire furent mieux connus.

S'appuyant sur les travaux de Robin et Magitot, Broca établit une division restée classique des kystes des mâchoires, correspon-

(1) *Recherches sur les kystes des os maxillaires...*, th. doct. Paris, 1860.
(2) *Bulletin de la Société médico-pratique de Paris*, p. 153.
(3) *Union médicale*, p. 449.
(4) *Des kystes des machoires*, th. d'agrégation. Haris, 1857.

dant aux différentes phases de l'évolution dentaire, et rejette l'existence des kystes non dentaires (1).

Magitot (1872) (2) s'attache à soutenir cette idée. « Les kystes des mâchoires, dit-il considérés au point de vue de leur nature, appartiennent à une seule classe de lésions, les altérations des dents, à l'état folliculaire et à l'état adulte. Tout kyste spontané des mâchoires est de nature essentiellement et exclusivement dentaire. »

L'origine exclusivement dentaire des kystes est encore défendue dans les thèses d'Auburtin, Chiron, Aussenac et par M. Duplay (1878 (3).

Les idées de Broca et Magitot provoquèrent de nombreuses contestations.

Giraldès (4), Dolbeau (5), Forget (6), Houel, Guyon (7), Follin (8), Barbat (9), Raynaud (10), soutinrent que certains kystes pouvaient naître spontanément dans les os, indépendants de tout lien avec le système dentaire. « Pourquoi refuserait-on à la mâchoire la propriété d'avoir comme le fémur ou n'importe quel os du squelette, des kystes multiloculaires, indépendants du système dentaire?»

M. Desprès (11) ne peut croire que le kyste multiloculaire soit d'origine dentaire. Comment en effet un kyste primitivement unique pourrait-il devenir multiloculaire ? Voici de quelle façon M. Magitot a combattu cette objection :

1° Plusieurs follicules sont simultanément le siège de vraies fonctions kystiques et la masse comprend un nombre de loges égal à celui des follicules affectés.

2° Un follicule isolé, affecté de maladie kystique, se cloisonne intérieurement en un nombre variable de loges, soit communicantes, soit distinctes.

3° Enfin, une masse kystique, composée d'un nombre quelconque de loges, résulte de l'hypergenèse des follicules frappés simultanément des mêmes troubles de nutrition... (12).

Ces explications ont paru satisfaisantes.

Les chirurgiens paraissaient être d'accord sur l'origine exclusivement dentaire des kystes, sur le mode de formation de la taroi

---

(1) *Mém. de la Soc. de biologie*, 1862, p. 301. — *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1863, T. IV, p. 233. — *Traité des Tumeurs*, 1869.
(2) *Archives générales de médecine*, 1872-1873.
(3) *Progrès médical.*
(4) *Société de chirurgie*, 1872.
(5) *Tribune médicale*, janvier 1874.
(6) *Société de chirurgie*, 1878.
(7) *Dictionn. encyclopédique*, art maxillaire.
(8) *Path. externe.*
(9) *Th. doct.*, Paris, 1872.
(10) *Th. doct.*, Paris, 1873. Voir aussi *Th. de Jackelin*, 1876.
(11) *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, art. machoires
(12) *Soc. de chirurgie*, 1878.

aux dépens du sac folliculaire ou du périoste, sur la constitution anatomique de la paroi, du liquide.....

La question ne devait point encore être épuisée. L'étude de la couche épithéliale, que Duval avait entrevue, que Broca et Magitot ont décrite, à la face interne du kyste est devenue le point de départ d'une nouvelle théorie pathogénique. Les histologistes ne peuvent admettre qu'un épithélium pavimenteux stratifié prenne naissance par genèse directe.

Dans les kystes folliculaires la présence de l'épithélium trouve une explication péremptoire dans la nature épithéliale de l'organe de l'émail. Il n'en est pas de même à propos des kystes radiculaires de dents adultes : leur face interne n'est plus en rapport avec aucun organe, aucun tissu épithélial.

La recherche d'une explication satisfaisante en ce cas, a fait naître la théorie épithéliale qui ne s'adresse évidemment qu'aux kystes radiculaires, aux kystes dits périostiques alvéolo-dentaires. Cette théorie vise non seulement l'origine de l'épithélium intra-kystique, mais encore la formation même du kyste. Elle a pour auteurs : MM. Verneuil (1), Reclus (2), Nepveu (3) et a trouvé un zélé défenseur en M. Malassez (4).

On sait que les débris épithéliaux de l'organe de l'émail persistent longtemps encore après la section du cordon, au sein des mâchoires au voisinage des alvéoles. Sous une influence quelconque, ces débris se mettraient à se développer, à bourgeonner ; les cellules centrales se fondant et donnant naissance à un liquide séreux, les cellules périphérifiques se disposant en forme de paroi pour limiter la poche. La masse refoulerait les parties voisines pour venir s'accoler à la dent.

Tel est l'état de la question sur les kystes des mâchoires. Elle présente encore un point controversé au sujet de la pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes.

Une école soutient que la cavité kystique se forme par soulèvement de la membrane alvéolo-dentaire et que l'épithélium, ne jouant qu'un rôle secondaire se borne à la tapisser.

L'autre école pense, au contraire, que l'épithélium joue le rôle principal, qu'il forme à lui seul la cavité kystique sans intervention du périoste.

(A suivre).

---

(1) *Progrès médical,* 1874. — *Bulletin de l'Acad. de méd.,* 1875.
(2) Reclus : *Progrès médical,* 1876.
(3) *Soc. de biologie,* 1884.
(4) Ibid. 1884 et *Archives de médecine,* 1885.

DÉONTOLOGIE DENTAIRE

Par M. Poinsot

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

Sous ce titre je viens, Messieurs et chers Collègues, vous présenter une série de faits, qui je l'espère, vous intéresseront.

Par déontologie dentaire j'entends vous parler des devoirs des Dentistes vis-à-vis d'eux-mêmes, de leurs collègues, et surtout de leurs clients.

Ce soir ma communication ne comprendra effectivement que de nos devoirs envers les clients; envers ceux qui ont des droits particuliers à notre sollicitude.

Il ne nous est pas possible de traiter la déontologie dentaire par rapport aux lois qui nous régissent, c'est pourquoi ne relevant que de notre conscience, nous devons la consulter, chaque fois qu'un cas spécial se présente à nous en dehors de nos habitudes quotidiennes.

Je prétends ne vouloir envisager que le côté strictement moral de la question.

Le devoir professionnel exige que nous donnions nos soins à ceux qui souffrent et demandent notre assistance; il semble évident que plus un malade est souffrant, plus notre désir, nos efforts doivent tendre à soulager toujours, et à guérir le plus souvent possible, sans égard à nos travaux et à nos peines.

Eh bien ! il est une série de malheureux malades qui trop souvent hélas ! sont rebutés de cabinet de dentiste en cabinet de dentiste, parce que, au dire des dits dentistes, ce sont des clients désagréables.

Je tiens à le dire et à le redire, le devoir n'a de réelle valeur que lorsqu'il cesse d'être facile.

Dans ces cas particuliers, qui parfois se montrent à de rares intervalles, et qui a d'autres moments se succèdent par série, nous retrouvons la raison de la déontologie dentaire, sa non observation atteindrait le coupable, le groupement professionnel tout entier, et enfin le malade, qui parfois peut se livrer à des actes désespérés.

Afin de bien préciser ma pensée, je vais vous narrer une histoire observée à notre clinique.

C'était en 1884, un jour que nous étions de service, nous reçûmes un malade bien singulier et qui fixa notre attention, sa mise était bonne, son air des plus dignes, il s'exprimait bien et nous fit le récit suivant :

« Je viens messieurs, vous demander de me conserver une petite incisive inférieure qui me préoccupe beaucoup, cette dent ne me fait pas souffrir, mais elle laisse sourdre par une petite ouverture une quantité de pus. »

Ayant examiné ladite dent, nous constatâmes l'existence d'un trajet fistuleux, situé au-dessous de l'incisive désignée, mais nous fîmes remarquer à nos confrères et à nos élèves que la dent était indemne de carie et qu'elle devait avoir été frappée, par une cause générale, probablement par des troubles trophiques. A la suite d'une série de demandes nous acquîmes la preuve que nous étions en présence d'un amnésique.

Il se rappelait avoir consulté un de nos confrères de Paris, mais il ne se rappelait plus de son adresse, cependant il se souvenait que c'était sur une grande place, enfin, il se rappelait que c'était dans la même maison qu'un médecin d'une grande renommée.

La nature de la lésion buccale m'avait indiqué que je me trouvais en face d'un de ces malheureux que je rencontre si souvent dans les asiles d'aliénés, l'amnésie me confirma dans mes prévisions, aussi fîmes-nous appel à notre mémoire pour retrouver la maison logeant le médecin célèbre et le dentiste consulté, nous découvrîmes vite la susdite maison.

Alors regardant bien mon malade en face je lui demandais brusquement: « Pourquoi, avez vous eu besoin des secours de M. le Dr Legrand du Saule? »

A cette question, notre malade bondit, ses regards et ses gestes n'étaient rien moins que rassurants, il me répondit en me demandant: qu'est-ce que cela peut vous faire ? d'un ton aussi hautain que menaçant.

Je lui répondis avec l'accent de la conviction dont j'étais animé: mais, à moi ! rien du tout, je ne vous connais pas, peut-être ne vous verrai-je jamais, ce n'est pas pour moi, mais bien pour vous que je vous questionne.

Sans quitter son ton irrité et hautain, mon malade me dit: Enfin quel rapport existe-t-il entre ma dent malade et la visite que j'ai pu faire à M. le Dr Legrand du Saule? »

Je dus lui expliquer que ces rapports qu'il semblait devoir rejeter existaient, qu'ils étaient peu connus, mais qu'ils étaient à l'étude, qu'enfin si l'Ecole dentaire de Paris avait crée des services bénévoles dans les asiles d'aliénés du département de la Seine c"était que la question était intéressante

Après une méditation fort agitée notre malade fit la déclaration suivante : « Oui, j'ai dû consulter le Dr Legrand du Saule, parce que j'ai eu un grand malheur dans ma vie ; je suis marié ; mal marié, je suis tombé dans une famille qui ne rêvait qu'une seule chose : ma suppression ? »

Nous étions en présence du cas de folie de la persécution.

Ce fait clinique fit grande impression sur l'auditoire, mais, on me fit remarquer que j'avais été heureux dans la circonstance, parce qu'un trajet fistuleux, même sur une dent non frappée par la carie, pouvait bien avoir d'autres causes qu'une origine générale,

que bien des causes locales pouvaient amener de semblables résultats.

Mes confrères contradicteurs étaient de bonne foi, je sentais que cette preuve, pour moi très évidente, ne suffisait pas. J'affirmai ma conviction et je laissai au temps le soin de fournir de nouveaux matériaux à ma thèse.

Sans rechercher trop loin, ni multiplier les cas, je vis le même malade, une année euviron après mon diagnostic venir, nous demander de nouveaux soins pour d'autres dents également fistuleuses.

Il est donc possible de reconnaître par l'inspection de la bouche si les lésions pour lesquelles on vient nous consulter sont de causes locales ou générales.

Or, parmi les maladies dues aux ralentissements, aux troubles de la nutrition, nous pouvons hardiment affirmer que nos malades les plus intéressants, en même temps que les plus pénibles à traiter, font partie de cette catégorie.

Nous devons, lorsque nous nous trouvons en présence de ces malades fatiguants, prendre la question de haut et dans le silence du cabinet faire œuvre pie, en supportant tout ce que le mal leur suggère et malgré tout, faire notre devoir.

La rénumération ne sera jamais à la hauteur de nos sacrifices, soyez-en persuadés, mais la satisfaction que vous en éprouverez vous dédommagera, et puis nous sommes solidaires les uns des autres, le bien que nous faisons rejaillit sur la profession tout entière et nous serions largement payés s'il nous était donné de pouvoir éviter des malheurs, par notre utile intervention.

Nul ne saura jamais pour combien on doit compter dans les excès de la folie, les crimes ayant pour cause des lésions de la bouche.

Afin de prouver mon dire je vais vous donner lecture de quatre lettres d'une malade de l'ordre qui nous occupe.

Cette malade traitée dans notre clinique présentait des lésions caractéristiques.

Sa bouche renfermait tous les échantillons des caries dentaires, depuis les altérations de l'émail jusqu'aux complications du quatrième degré, la cause de ces désordres était de nature générale; néanmoins, il fut donné des soins éclairés et consciencieux, les dents furent, dans l'espace d'une dizaine de mois, mises à l'abri de nouveaux désordres, pour un certain temps du moins.

Une dent seule fit exception, c'était une petite incisive supérieure droite qui toujours donnait de l'odeur, de la douleur, provoquait de la gingivité locale et plus profondément de l'ostéit alvéolaire avec fistule.

Notre malade s'imagina que l'élève commis à ses soins mettait de la négligence, puis un peu plus tard elle en vint à s'imaginer

que c'était un parti pris évident, et enfin que c'était un bourreau qui la torturait.

Notre élève constatant ces choses voulut se dérober, notre malade ne le voulut pas.

Je fus le confident de cette patiente, elle m'écrivit de longues lettres.

Voici les extraits de quelques-unes.

Dans la seconde on lit :

« L'élève X... veut me faire passer au fauteuil de clinique, je le » trouve bien hardi, je n'admets pas d'avoir été pendant plus de » huit mois dans ses mains, d'avoir enduré tout le mal qu,il lui » a plû de me faire, maintenant qu'il est rassasié de m'avoi r tor- » turée il pense que je vais consentir à passer dans d'autres mains, » je n'accepte pas cela, ma dignité s'y refuse..... »

Dans une troisième : « Elle se plaint de l'établissement qui » semble donner raison à un aussi détestable élève, (et elle persiste » à être soignée par lui, elle déclare) que cette lutte la brise, » qu'une catastrophe est imminente, mais tant qu'il lui restera un » mouvement elle l'emploira pour venir à l'école contraindre son » bourreau à réparer le mal qu'il a commis. »

La quatrième est surtout caractéristique, l'élève n'y tenant plus la fait passer au fauteuil de clinique.

» Elle se trouve devant une foule de monde (dit-elle), elle a » été cernée, tous sont accourus comme pour un spectacle cu- » rieux.

» Il est évident que tout le monde conspire contre moi, » donc ce n'est pas contre un élève que j'ai à lutter, mais contre » une meute d'hommes qui se ruent contre une femme malade, » qu'on humilie, et que l'on traque, pour jouir de sa souf- » france. »

» L'on est sans pitié, l'on sait qu'une émotion peut me tuer et » l'on ne me les a pas épargnées hier, ce qu'on a osé me faire est » hideux, infâme, effroyablement lâche !!! et c'est pour ce triste » élève X... l'opprobre de l'Ecole, je suis exaspérée, à bout de » forces.

» Je viens m'adresser à votre cœur d'honnête homme et je vous » fais une prière : J'ai été bafouée, insultée, *je suis cruellement* » *blessée*, mon honneur est compromis, je vous supplie de répa- » rer l'outrage qui m'a été fait, que cette réparation soit à la » hauteur de l'offense ; je demande que M. X... soit renvoyé de- » vant moi, je ne peux pas et n'ai pas le droit d'accepter l'insulte. » Oh de grâce, ne me refusez pas cet acte de justice, j'ai subi trop » de honte... »

Cette lettre me troubla, je crus devoir la faire lire à un médecin très savant aliéniste dans le service duquel je suis mandé une fois par mois pour donner des soins à des folles de l'asile Sainte Anne.

Il me fit remarquer que notre malade, était depuis un temps déjà ancien fort frappée ; que même elle était déjà très dangereuse ; pour prouver son dire, il me fit remarquer les phrases soulignées, en même temps que la désignation nette et persistante de l'élève X... il concluait en m'affirmant que cette femme était arrivée au point de prendre un revolver et de se faire justice elle-même dans le cas où il lui serait refusé la satisfaction qu'elle exigeait.

Je dus donc, messieurs et chers collègues, empêcher notre malade de faire un irrémédiable malheur en l'invitant à venir à mon cabinet où les soins lui ont été donnés.

A côté de ces grands exemples qui ne demandent pour être connus qu'un peu de pratique et un bon jugement, il se trouve nombre de malades dont l'état grave n'est pas encore déterminé et pourtant, nous devons nous appliquer à les reconnaître.

Toutefois n'allez pas croire que seulement les individus affectés de maladies mentales aient des droits à votre sollicitude, à votre bienveillance, il convient de ranger au premier rang de la déontologie dentaire les conséquences pathologiques de la grossesse, surtout chez les anémiées, chez celles qui ont eu plusieurs enfants successivement.

Dans ces cas, comme après certaines maladies graves, le système dentaire est très malade, hypéresthésié, tout est douloureux, la gencive, la dentine, la pulpe, le ligament peridentaire, l'alvéole même est un foyer de sensibilité.

Les caries sont multiples, siégeant principalement dans les interstices dentaires et au collet des dents, et principalement sur les incisives quoique les caries ne soient pas pénétrantes, les pulpes se mortifient, le plus heureux est qu'il se forme une fistule s'ouvrant dans le vestibule de la bouche, permettant ainsi aux produits pathologiques de s'écouler au dehors de l'organisme parfois aussi et ceci devient fort grave, lorsque les racines des dents atteintes sont longuement implantées dans les alvéoles, on voit se produire de grands retentissements, du côté des yeux, du cerveau même. Les affections dentaires consécutives à des phénomènes généraux peuvent à leur tour devenir causes aggravantes ou même déterminantes.

Vous voyez ainsi, Messieurs, combien notre rôle est grand. Oui, faisons de notre mieux avec nos malades, les moins heureux, avec ceux qui nous sont le plus désagréables, ceux qui ont le plus besoin de nous, ceux pour qui nos travaux seront les moins brillants, et qui auront le moins de durée, car ils sont exécutés dans les conditions les plus défavorables.

Lorsque nous aurons fait consciensieusement notre devoir, avec ce genre de malades, nous aurons une joie bien supérieure à celle que nous ressentons, après un grand succès opératoire reconnu de nos confrères.

Si c'est la partie difficile de notre tâche, il est honorable de l'accomplir. Faisons-la. Alors nous pourrons dire avec orgueil à qui nous demandera notre qualité : Je suis dentiste.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE

OBTENUE PAR LES INJECTIONS SOUS-GINGIRALES DE COCAINE ET D'ACIDE PHÉNIQUE, OU D'UNE SOLUTION SIMPLE D'ACIDE PHÉNIQUE

Par M. G. VIAU, professeur à l'Ecole dentaire de Paris

(*Suite*)

Dans le numéro d'octobre de l'*Odontologie* j'ai publié le résultat de mes 71 premières observations sur l'anesthésie locale obtenue par les njections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique mélangées.

Je viens aujourd'hui vous présenter les tableaux de ces observations en y ajoutant les opérations faites jusqu'à ce jour. Comme vous pouvez le voir, j'ai eu l'occasion d'opérer 122 sujets. Au point de vue de l'âge je puis répartir ces patients de la façon suivante:

32	sujets de	7 à 15 ans
43	—	15 à 30 —
34	—	30 à 50 —
13	—	50 à 70 —
Total 122 sujets.		

Le sexe et l'âge ne paraissent avoir aucune influence sur le résultat de l'anesthésie et sur ses suites.

On pourrait croire, en raison des phénomènes généraux provoqués par l'absorption de la cocaïne, que les tempéraments ont une importance plus grande.

Réserve faite pour les gens nerveux et anémiques, c'est-à-dire pour ceux dont la caractéristique est le défaut de résistance ou l'excitabilité, je n'ai rien remarqué qui vienne justifier ces prévisions.

Les troubles observés chez ces sortes de malades me paraissent devoir être attribués plutôt à l'émotion qu'à l'action dn médicament. Ainsi qu'on peut le voir en lisant le tableau d'observations six sujets ont été anesthésiés deux fois dans la même séance sans en avoir été autrement impressionnés. (obs. 9, 26, 27, 53, 59, 90.)

Ces malades ont cependant observé dans un laps de temps de quelques minutes 10 centigr. de cocaïne dans un gramme de solution phéniquée à 2 0/0.

D'autres malades ont subi, à quelques jours d'intervalle deux et trois opérations, toujours avec succès (obs. 1, 2, 4, 6, 8, 11, 19, 21, 26, 33, 37, 49, 55, 60, 66, 71, 74, 81, 86.)

Il est à remarquer que ces 19 malades opérés pour la 2me ou 3me fois, avaient perdu toute appréhension ; en se prêtant ainsi à l'opération il est évident que cela facilitait de beaucoup les injections anesthésiques, manœuvres, qui nécessitent une grande précision.

Les observations 28, 42, 70, 94, 107, 113, montrent que la moitié de la dose anesthésique ordinaire, c'est-à-dire 2 centig. 1/2 de cocaïne dans 25 centig. de solution phéniquée, a suffi pour produire une complète anesthésie.

Il est vrai que ces huits sujets sont des enfants de 6 ans 1/2 à 8 ans, et que nous avions à faire l'avulsion de dents temporaires. Remarquez cependant que ce sont des canines dont les racines n'étaient pas resorbées, opérations assez délicates qui nécessitent une certaine force.

Je suis persuadé, d'après ces expériences,que j'arriverai à diminuer, par la suite, encore la dose de cocaine et à injecter moins de liquide sous la gencive, tout en obtenant une anesthésie locale complête.

Plusieurs de nos confrères ont essayé cette méthode anesthésique, et m'ont déclaré, ne pas avoir obtenu un aussi bon résultat que moi.

La fluxion, en effet, a été souvent constatée le lendemain; j'ai cherché minutieusement la cause de cet insuccès, et j'ai pu me convaincre que ces accidents sont dû à ce que l'injection est faite trop brusquement, trop rapidement sous la gencive, et peut-être aussi à cause de l'emploi d'aiguilles d'un diamètre trop gros.

Comme je le faisais encore remarquer à la clinique de dimanche dernier, où nous avons fait 7 anesthésies.

J'ai soin de choisir une aiguille fine et flexible qui pénètre et glisse mieux sous la gencive, la résistance même de la gencive permet naturellement à l'aiguille de suivre les sinuosités du maxillaire. J'ai soin de pousser le piston de la seringue de Pravaz très lentement, Je mets environ de une minute à une minute et demie, à injecter le contenu de la seringue. Et de cette façon au lieu de produire une ampoule sous la gencive, (ampoule qui selon moi cause seule la fluxion, par la présence d'une masse de liquide sous la gencive qui ne peut plus se résorber.)

Le liquide anesthésique est injecté d'une façon plus disséminée dans le tissus muqueux.

Il est évident qu'une injection faite de cette façon produit une anesthésie plus complète,plus étendue et que le liquide anesthésique est entraîné de cette façon dans le système circulatoire général et cela sans accidents consécutifs.

Depuis que je procède de cette façon j'ai toujours évité l'empoule de la gencive, et ainsi qu'on peut le voir en lisant mes observations, les dix ou douze fois ou je signale une fluxion, celle-ci avait généralement commencée avant l'extraction. Dans ce cas là même, je n'ai remarqué augmentation de la fluxion le lendemain que deux fois et non accompagnée de douleur.

Un de nos confrères me faisait remarquer qu'il a observé chez une de ses malades, jeune fille de 18 ans, une profonde résorption du bord alvéolaire, à la suite d'une extractlon de grosse molaire inférieure. Il a même constaté chez cette malade un état purulent de la gencive pendant plusieurs jours. Mon confrère suppose que l'acide phénique est probablement la cause de cet accident.

A l'appui de sa supposition il me signalait le cas de mon confrère P..., qui a été opéré par moi, et qui aurait eu parait-il lui aussi la gencive très contusionnée à la suite de l'opération. Je ne suis nullement de l'avis de mon confrère. Quant au cas de M. P... je suis convaincu que l'acide phénique ne doit pas être incriminé.

Il s'agissait en effet de l'avulsion de la première premolaire supérieure droite, racine bifide, assez difficile à extraire, depuis longtemps il y avait abcès alvéolaire,de plus, une des racines était fortement nécrosée et j'ai trouvé un kyste à l'extrémité de l'autre. Il n'y a donc pas à s'étonner si dans un cas de ce genre, nous avons un grand travail de résorption accompagné même de périostite traumatique. Je puis même ajouter qu'afin de nous rendre compte de la durée de l'anesthésie nous avons perforé plusieurs fois la gencive, et la cloison au bord alvéolaire avec une sonde de trois ou quatre millimètres de diamètre, et nous avons constaté que treize minutes après l'opération cette manœuvre était encore absolument inconsciente pour le patient. Cet exemple me semble bien expliquer la cause de résorption de la gencive chez M. P... et d'autre part me fait supposer que les contusions consécutives de la gencive constatées par notre collègue sont certainement dues à un trop grand traumatisme pendant l'avulsion, ou à une prédisposition diathésique de la malade. Nous avons en effet constaté tous que chez certains sujets, même lorsque l'opération est faite sans anesthésie, le travail de cicatrisation est plus lent ou plus difficile.

Je crois qu'il faut aussi prendre de minutieuses précautions dans l'entretien des aiguilles à injection. J'ai bien soin, quant à moi, de les laver après chaque opération avec de l'acide phénique pur ou mieux encore avec une solution au sublimé, et de les graisser avant de les remettre dans l'étui. Nous savons tous, en effet,que dans les hôpitaux les chirurgiens n'ont pas crainte d'exagérer les précautions de ce genre. Certains ne se servent même jamais d'une aiguille sans avoir soin de la flamber avant de faire une piqûre hypodermique. Faute de prendre toutes ces précautions, on a eu trop souvent à déplorer des accidents graves, tels

qu'abcès, phlegmons, etc., dus simplement à l'introduction d'un instrument non stérilisé.

Vous vous rappelez les curieux résultats que j'ai obtenus avec les injections de solution d'acide phénique simple ; dans ma pratique privée, j'ai encore obtenu des anesthésies remarquables et, le 21 octobre, à la clinique de l'Ecole, j'ai expérimenté pour la deuxième fois ce procédé anesthésique. Il est bien évident que ces injections, faites dans le tissu sain, produisent une anesthésie presque analogue à celle que donne le mélange avec cocaïne.

Je termine, Messieurs, en vous priant de bien vouloir faire des expériences dans cette voie, et je suis persuadé que nous arriverons à perfectionner encore un mode d'anesthésie qui m'a donné de si concluants résultats, observation faite toutefois que l'anesthésie fut toujours bien plus complète quand j'eus à faire à une gencive et à un périoste sains, c'est-à-dire ni distendu ni hypertrophié.

(*Société d'Ontologie, séance du 23 novembre 1886.*)

DU TRAITEMENT PREVENTIF ET CURATIF DE LA CARIE DES FACES TRITURANTES ET LINGUALES PAR LE RODAGE

Par M. Bugnot

(Communication à la Société d'Odontologie)

Séance du 12 *Octobre* 1886

Les récidives de carie qu'on observe dans le voisinage d'obturations exécutées par des praticiens consciencieux et distingués, ont déterminé en partie, la communication que j'ai l'honneur de soumettre à la Société d'Odontologie de Paris.

Les vicissitudes des systèmes et des doctrines ont tour à tour attribué la prépondérance étiologique de la carie dentaire aux agents les plus divers. Les arguments les plus dissemblables ont servi à plaider les causes telluriques, atmosphériques parasitaires, etc., et la thérapeutique s'en est ressentie longtemps, qu'elle fut appliquée d'une manière locale ou générale.

Plus récemment, l'influence pathogénétique de la race mise en lumière par M. Magitot a été *presque unanimement* acceptée avec la théorie de la carie débutant par l'extérieur.

Je dis *presque unanimement*, car il y a quelques semaines encore, on nous a annoncé une dent cariée dans le sein même des mâchoires et qui, paraît-il, (?) n'avait jamais été en contact avec l'extérieur. La relation est trop vague pour en autoriser la discussion qui d'ailleurs nous éloignerait de notre sujet ; *contentons-*

nous donc de ce que nous possédons, c'est-à-dire la carie externe et récapitulons les traitements locaux de cette altération : la cautérisation, la résection et l'obturation.

Ces divers moyens présentent, selon les cas, des avantages et des inconvénients, car suivant le siège de l'organe auquel on les destine, le résultat peut rester douteux ou devenir négatif.

Afin de déterminer par une évaluation numérique les dents les plus exposés, j'ai relevé sur une statistique dressée par nous, dans les écoles de Rouen et comprenant plus de 14,000 cas :

Première dentition	petites molaires.	3.401
	grosses molaires.	4.841
Deuxième dentition :	première molaire.	4.032

C'est à-dire les 2/3 du total des cas répartis seulement sur trois dents qui sont à la fois voisines et contemporaines, du moins pendant une période de l'enfance.

Cette rapide énumération démontre péremptoirement que les multicuspidées sont de toutes les dents les plus aptes à se carier, qu'elles appartiennent à la première ou à la seconde dentition,

De même, si nous consultons le graphique tracé d'après les mêmes bases, nous constatons que leur aptitude à se carier est en raison inverse de l'âge du sujet ; plus celui-ci est jeune, plus le milieu morbigène est doué d'une énergique nocivité.

Nous ne voulons pas refaire la nomenclature des imponderata qui favorisent la carie plus particulièrement sur ces dents, mais constater que les lieux d'élection sont les sillons inter-cuspidaux des faces triturantes, et le sommet des arêtes mousses qui terminent le V de la face linguale de certaines incisives, les latérales surtout.

Or, au premier abord, il semble assez logique que la carie n'ayant pas sur ces points, à traverser les phases classiques, c'est-à-dire la membrane de Nasmyth et l'émail, et débutant d'emblée par un deuxième degré, puisse accomplir son œuvre d'autant plus rapidement.

Cependant le nombre éloquent de caries interstitielles nous fait douter des qualités protectrices de ces tissus sur les véritables candidats à la carie dentaire.

La cuticule et l'émail sont un bien frêle rempart dans le perpétuel conflit de la couronne avec les agents extérieurs, si elle est composée d'une dentine zébrée d'espaces interglobulaires. Une dentine bien dense lutte avec avantage contre les mêmes influences si la forme qu'elle revêt contribue à limiter la durée de leur action.

La densité de l'ivoire s'acquiert naturellement avec l'âge, ou artificiellement par une irritation qui concourent à former la dentine secondaire.

Ces deux points acquis, je pense qu'il serait utile de profiter de ce phénomène de régénération ; Ollier a du reste préconisé

l'irritation artificielle dans les résections sous-périostales afin d'obtenir de belles productions osseuses.

L'irritation de l'émail et d'une partie superficielle de la dentine, favorise l'élaboration de globules dentinaires qui viennent réagir d'une manière ininterrompue, comme dans le processus de la carie sèche, si,comme je le disais plus haut, le siège ou la forme de la surface dénudée s'oppose à la rétention des agents extérieurs.

C'est partant de ce principe que je suis arrivé à cette opinion, qu'il y aurait avantage à généraliser le rodage des faces triturante et linguale. Disparition complète des sillons et anfractuosités caractérisant les multicuspidées, métamorphose de cette face à dessin compliquée en une table plane ou tout au moins d'une large concavité que la langue lave inconsciemment et sans interruption.

Donc d'une part : plus de reliquats de matières organiques (desquamation épithéliale, etc.) et de parcelles alimentaires susceptibles d'engendrer des acides.

D'autre part : hypersécrétion énergique de dentine secondaire capable de fournir une durée indéfinie.

Nous ne faisons, du reste, dans cette opération, que devancer le travail de la nature, puisque l'usure mécanique, résultant de la mastication, fait disparaître l'émail peu à peu.

J'ouvre ici une parenthèse « je ne voudrais pas qu'on pût m'accuser d'une application systématique ; je conseille ce *modus operandi* là où les sillons sont nombreux et mal délimités, l'émail de mauvaise qualité et où l'obturation paraîtrait avoir peu de chance de durée ; j'ajouterai, que c'est souvent le cas des dents temporaires ; à l'opérateur d'apprécier si les dents qu'il traite rentrent dans cette catégorie, sinon il est évident qu'elles n'ont nul besoin de ce traitement héroïque. »

Il est un ordre d'idées moins élevé, j'en conviens, mais que je ne puis passer sous silence, et qui influe beaucoup sur les suites des obturations : je parle de celles qui sont dégradées par récidive de la carie.

Examinons de quelle manière se passe journellement, en pratique, la thérapeutique concernant les faces triturantes.

Nous voyons le plus généralement (je laisse de côté les exceptions) une cavité cylindrique obturée ; les sillons qui s'y rendent sont laissés tels quels. Sur 100 molaires supérieures obturées, on en trouve 80 dont le sillon postérieur, quoique ramolli, n'aura pas été touché, non plus que son prolongement qui remonte parfois jusqu'au collet ; dans les molaires inférieures, un trou cylindrique remplace l'obturation cruciale; le sillon de la face externe (quand il est rempli) est modifié en un large trou. La troisième molaire dont la face triturante est souvent ridée d'un grand nombre de sillons et dont le siège, en outre, oppose une difficulté

d'accès, paye souvent de sa disparition prématurée la complication de son dessin ! Enfin, les dents de lait présentent un mode de traitement analogue.

La plupart du temps les sillons inter-cuspidaux ne sont pas obturés, parce que l'opérateur craint d'amener une discussion sur les honoraires, discussion que tout homme bien né aime à éviter.

Aussi bien, une année ne s'est pas écoulée que l'obturation est devenue insuffisante, et qu'une nouvelle cavité s'est déclarée dans son voisinage ; si les sillon sont négligés au détriment des dents, à qui doit-on s'en prendre? au praticien, tout d'abord, dira-t-on, qui néglige cette précaution. Cela est vrai pour le dentiste privilégié qui reçoit une clientèle d'élite et dont les honoraires ne sont pas marchandés ; mais, pour le malheureux confrère qui, sur une face triturante fait 2 obturations cylindrques (!) et quelquefois une ou deux autres sur les faces interstitielles. pour une somme très modique *parce que c'est la même dent...*; franchement, peut-on lui reproche de n'avoir pas assez fait ?

La parcimonie d'une clientèle, d'ailleurs peu aisée, se fait sentir d'avantage encore quand il s'agit des organes de première dentition. Combien de parents se refusent à tout débours pour ces dents qui *doivent tomber* ; s'ils y consentent, ce n'est qu'avec peine, marchandant avec acrimonie le salaire du malheureux opérateur qui est aux prises avec des difficultés plus nombreuses encore que pour le traitement des dents permanentes.

Enfin, si le public veut bien croire qu'une dent puisse se *gâter* du côté opposé à l'obturation, en revanche, il n'admet guère une carie dans la voisine immédiate de celle-ci ; la destruction de l'organe ne tarde pas, et le patient n'a plus d'autres ressources que la prothèse s'il est en âge de s'en servir ; quant à l'adolescent, il pâtit en attendant que la deuxième dentition *repousse*.

Cette situation paraît sans issue ; d'un côté, refus ou impossibilité de donner des honoraires en rapport avec le travail ; de l'autre, incapacité ou impossibiiité d'assurer la guérison de la face ainsi obturée.

La solution du problème m'apparaît dans le rodage ; plus de sillons multiples à préparer et obturer ; moins de travail pour l'opérateur ; par conséquent moins d'exigences sous le rapport des honoraires.

Guérison indéfinie si l'opération est bien conduite ; je m'autoriserai ici de l'exemple d'une dent dont parlait naguère un de nos distingués confrères, qui est aurifiée depuis 40 ans, et dont on a fait disparaître les sillons et les cuspides qui caractérisent les molaires inférieures.

Le rodage s'exécute facilement à l'aide de meules de corindon et se termine avec la ponce et le blanc avec des molettes *ad hoc*. Le point essentiel réside dans la disparition complète des sillons et dans le poli de la surface.

Les inconvénients et les avantages de la méthode que je propose peuvent se résumer ainsi : agacement de la dent, si la surface dénudée n'est pas cautérisée légèrement; articulation moins parfaite pendant un certain laps de temps ; enfin, disparition, en partie, des caractères anatomiques de la couronne.

Ces inconvénients sont largement compensés par une guérison indéfinie de cette surface et par la facilité avec laquelle peut être conduite l'opération du rodage.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1886

Présidence de M. Poinsot

I. L'or adhésif et l'or mou, M. Levett. — II. Observations sur l'anesthésie locale par la cocaïne, MM. Viau et Pigis. — III. Deux cas de réimplantation, M. Chauvin. — IV. De l'organisation du service dentaire dans les dispensaires, M. Godon. — V. Fracture spontanée d'une dent, M. Poinsot.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Blocman s'étant fait excuser. M. Poinsot fait le résumé du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

I. *M. Levett* lit une communication en réponse à celle que fit à une précédente séance M. Chauvin, il prend la défense de l'or adhésif. (Cette communication sera publiée dans le numéro de janvier.)

M. Chauvin. — Je n'ignore pas qu'il est des cavités où l'or mou ne peut être employé avec autant d'avantage que l'or adhésif ; pour les reconstitutions, par exemple. Quant au reproche d'effritement fait à l'or mou, il n'est pas fondé, car dans ces cas, le travail a été certainement mal exécuté. Je suis absolument convaincu que l'or mou précisément en raison de sa malléabilité adhère d'une manière plus parfaite aux parois des cavités, en outre, ce qui est incontestable, et c'est un fait de première importance, c'est qu'on gagne beaucoup de temps par son emploi.

J'espère être en mesure plus tard de donner la preuve de ce que j'avance.

Contrairement à ce que suppose M. Levett je n'emploie pas exclusivement l'or mou; l'or adhésif que j'ai appris ici, me rend également de grands services dans les cas où je crois devoir l'employer.

M. Lemerle. — Il serait peut-être utile de faire simultanément l'expérience de la dépense de temps qu'exigent les deux opérations, il m'a paru que, dans certains cas de cavités latérales il est aussi long de faire l'or mou que l'or adhésif.

M. Ronnet. — Je crois que les deux méthodes ont chacune leurs avantages, mais si nous nous plaçons au point de vue de l'enseignement, et si nous voulons que nos élèves acquièrent une grande habileté de main, à mon avis, il sera préférable d'insister sur la pratique de l'or adhésif.

M. Meng. — L'avis est très partagé sur les difficultés des deux méthodes; pour mon compte, je crois qu'il est plus difficile de faire l'or mou que l'or adhésif, on acquérerait donc plus d'habileté à la pratique de celui-là.

M. Chauvin. — Je crois aussi que l'application de l'or mou est plus difficile que celle de l'or adhésif, j'en ai eu la preuve à différentes reprises, car d'anciens élèves sont souvent venus me consulter à ce sujet, et ils me disaient tous : Une aurification difficile à l'or adhésif j'y arrive toujours avec de la patience, mais pour l'or mou je suis désarmé et j'ai absolument besoin de vos conseils.

M. Heidé. — Je crois, comme M. Lemerle, qu'il serait à désirer que les avantages au point de vue du temps dépensé soient constatés sur l'expérience faite simultanément des trois méthodes d'aurification : car des deux moyens employés pour obtenir l'adhésion de l'or, je préfère la rotation.

M. Dubois. — On pourrait faire quelques expériences sur des dents extraites afin de vérifier l'opinion de M. Chauvin qui affirme que, dans une cavité, il entre un plus grand poids d'or quand l'aurification est faite à l'or mou, que quand elle a été exécutée à l'or adhésif. La coloration, la pesée, l'examen au microscope, permettraient d'élucider cette question.

Des opérations comparatives dans la bouche sont aussi nécessaires.

Je demande donc que la discussion ne soit pas close et qu'il soit nommé une commission chargée de contrôler les expériences.

La Société accueille favorablement la proposition de M. Dubois et décide que cette commission sera nommée à la prochaine séance.

II, *M. Viau* fait une communication sur la méthode d'anesthésie locale par injection sous muqueuse de cocaïne et acide phénique. (Cette communication est publiée plus haut).

M. Pigis lit quelques observations recueillies à la clinique de l'Ecole où l'anesthésie a été obtenue par l'injection d'une solution d'acide phénique à 2 o/o.

M. Gillard. — J'ai un certain nombre d'expériences, et sur 57 cas j'ai observé cinq insuccès.

J'ai eu pour patients plusieurs médecins ou étudiants en médecine, ce qui m'a permis de recueillir des indications très précises sur l'action du médicament.

Je ne crois pas qu'il soit indispensable de préparer séance tenante la solution, car je me suis servi d'une solution datant de huit et même de quinze jours sans aucun inconvénient. Je chauffe légè-

rement ponr faciliter la dissolution de la cocaïne, et je fais l'injection de ma solution, quand elle est tiède encore, j'obtiens ainsi une anesthésie plus rapide, tout en évitant la sensation du froid qui est très désagréable.

De mes expériences je conclus : qu'il y a contre-indication à l'injection de cocaïne pour les tempéraments extra-nerveux. Dans l'hystérie, la chorée, l'hypochondrie, etc... A mon avis il faut bien se garder d'employer la cocaïne dans ces cas là, car au lieu d'obtenir l'anesthésie, on a au contraire une hypéresthésie exagérée des tissus.

J'ai pu le constater chez un sujet rentrant dans cette catégorie auquel je dus, sur ses instances, faire une injection de cocaïne. Mon malade étant chimiste, avait étudié la cocaïne, à cette intention, et il savait qu'on pouvait en injecter 0,15 centigrammes sans danger? Je le prévins cependant que je n'espérais pas un résultat bien satisfaisant et je ne lui en injecterais que 0,05 centigrammes, dose bien suffisante.

Il arriva ce que j'avais prévu : mon malade eut du refroidissement et une contracture de l'extrémité des membres; ces accidents durèrent une heure environ, et l'anesthésie ne fut point obtenue, car le malade me déclara n'avoir jamais autant souffert. J'ai observé, en outre, que, quand l'injection est faite entre la ligne médiane et la 1re petite molaire; l'aile du nez correspondante est anesthésiée.

M. Godon. — Sur vingt observations j'ai obtenu des résultats très irréguliers, je ne veux cependant pas abandonner cette méthode d'anesthésie, mais je crois qu'il faut beaucoup de soins et une grande expérience pour s'en servir avec avantage.

J'ai observé dans un cas la suppuration des gencives et la résorption alvéolaire ; c'était il est vrai, un cas très défavorable, car il existait déjà un abcès. J'ajouterai que j'emploie presque toujours une solution de plus de 0,05 centig.

M. Viau. — J'ai dit tout à l'heure qu'il y avait en effet des contre-indications à l'emploi de la cocaïne, cependant dans les cas d'abcès je n'y renonce pas, car j'ai toujours observé un succès aussi complet. Aujourd'hui encore dans un cas de ce genre le malade n'a éprouvé aucune douleur ; une seule injection faite du côté palatin et une simple compresse d'une solution plus concentrée appliquée du côté labial produisant l'anesthésie complète.

M. Ronnet. — J'ai également quelques observations qu'il est inutile de développer, il me suffira de vous dire que j'ai eu les mêmes résultats que M. Godon et que j'en tire les mêmes conclusions ; c'est-à-dire — résultats très inconstants.

M. Dubois. — Avec l'injection sous-gingévale à la cocaïne, j'ai trouvé dans l'immeuse majorité des cas, la suppression de la douleur. Dans ceux ou elle persistait elle était tellement atténuée

qu'on peut compter sur l'anesthésie à moins d'idiosyncrasie spéciale. Je ne discute donc pas la très grande valeur de la cocaine à ce point de vue. Je crois aussi, que les accidents d'intoxication, les troubles généraux consécutifs sont nuls ou faibles vec les doses que nous employons actuellement.

Mais j'affirme, d'après ce que j'ai observé à la clinique de l'école, dans ma pratique personnelle et d'après ce que j'ai recueilli de la bouche d'un opéré de M. Viau, notre confrère, ici présent, c'est que : les suites de l'extraction ne sont pas toujours aussi bénignes après injection que lorsqu'elle n'a pas été employée.

N'observe-t-on pas chez tous les individus qui pratiquent sur eux-mêmes, ou subissent les injections sous-cutanées, de morphine, de sels mercuriels, des désordres locaux, quelquefois assez graves. La peau des morphinomanes en est la preuve.

Je pense donc que du fait de l'injection d'un liquide sous la gencive, il résulte des accidents. Une pratique habile, l'injection d'une faible quantité de liquide peuvent les réduire à un minimum.

Il se peut qu'on passe outre. Mais enfin, l'observateur sincère et consciencieux ne peut les passer sous silence.

M. Poinsot. — De cette discussion et suivant mes observations personnelles je crois que nous pouvons affirmer obtenir un effet anesthésique certain avec l'injection de cocaïne lorsqu'il n'y a pas de complications du côté des gencives, tandis qu'il sera très incertain lorsqu'elles existeront et, dans ces cas-là, quand il y aura retard de la cicatrisation et suppuration il ne faut pas toujours incriminer l'agent anesthésique.

Cependant, à ce point de vue nous ne devons pas être indifférents à la certitude d'employer des produits absolument purs et il faut prendre de ce côté toutes les garanties nécessaires.

III. — *M. Chauvin* fait une communication sur deux cas de réimplantation.

M. Godon traite de l'organisation du service dentaire dans les dispensaires.

IV. — *M. Poinsot.* — En raison de l'heure avancée, je termine en vous montrant un cas d'explosion de dent. Cet organe était obturé depuis vingt ans et la façon dont s'est produite la fracture est particulièrement curieuse.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

L. Bioux.

REVUE DE L'ÉTRANGER

QUELQUES MOTS SUR LE BRONZE D'ALUMINIUM

Traduction de M. Thioly, d'après le *Zahntechnicher Reform*

Ces temps derniers, l'usage des plaques fondues d'aluminium a été de nouveau préconisé en France et en Amérique. Depuis longtemps déjà, l'emploi de ce métal a été abandonné en Allemagne, où on lui a fait le reproche de se détériorer facilement dans la bouche et de se couler ainsi que de se souder difficilement.

Dans le temps M. Sauer, s'était donné beaucoup de peine (sans cependant obtenir de résultats) pour généraliser l'emploi de l'aluminium, en facilitant et en perfectionnant les procédés en usage pour le couler et le souder. Aujourd'hui le professeur Sauer, présente le bronze d'aluminium.

C'est un alliage composé de :

90 parties de cuivre
10 parties d'aluminium

Mais comme le poids spécifique de ce dernier métal est inférieur de 1[3 par rapport à celui du cuivre; après la fonte, la masse possède 30 o]o d'aluminium. D'autres données feraient croire que le bronze d'aluminium se composerait de 95 parties de cuivre pour 5 d'aluminium.

Depuis des années M. Sauer cherchait un métal qui sans s'altérer dans la bouche pouvait par son bon marché faire concurrence au caoutchouc.

Il affirme que différents métaux et alliages ne se détériorent nullement ni ne perdent leurs propriétés dans la cavité buccale. Il a fait plusieurs fois des épreuves avec divers métaux, et il a ainsi reconnu que des porte-ressorts et ressorts en laiton (cuivre jaune) n'ont jamais montré d'oxidation c'est-à-dire de vert-de-gris. On sait que l'amalgame de cuivre ne devient jamais vert, mais noir. Des ressorts, en fer, d'autres en acier sont devenus noirs, mais leurs propriétés n'ont pas varié et après avoir été portés six mois, ils avaient conservé leur élasticité. Un morceau de zinc placé dans la bouche, au bout de trois ans, n'a subi aucune détérioration.

Le bronze d'aluminium se laisse estamper et laminer aussi facilement que l'argent tout en ayant l'élasticité de l'acier. Un fil de bronze d'aluminium possède un pouvoir de résistance à la traction égale à celui d'un fil d'acier. Le point de fusion est à peu près celui de l'or fin, c'est-à-dire 1,000 degrés centigrades. On peut donc le porter au rouge, pour le recuire sans danger de le fondre. Le bronze d'aluminium est la moitié plus léger que l'or à 14 carats.

Les alliages de zinc et d'aluminium, ainsi que l'aluminium allié avec l'or ou le platine se comportent très mal dans la bouche; dans les premiers le zinc s'oxide, dans les derniers, l'aluminium se décompose.

Dans deux cas, des plaques de bronze d'aluminium ajustées dans la bouche,furent pendant quatre semaines soumises au courant galvanique sans éprouver aucune altération ni déperdition de poids. Le bronze d'aluminium dans la cavité buccale ne s'oxide que superficiellement comme le fait l'or à 14 et à 16 carats. Il peut donc être employé pour la confection des porte-ressorts, ressorts, vis, pivots, canules, etc. etc.

Pour la désinfection des plaques il est préférable d'user des solutions phéniquées, car le bronze n'est pas attaqué par l'acide phénique dilué.

Le bronze d'aluminium allié avec de l'or ou le bronze or d'aluminium se comporte de la même manière que le bronze d'aluminium, mais il s'oxide beaucoup plus, il est plus mou, moins élastique, et trouve son emploi en lieu et place de l'or vert ou à 20 carats.

Ordinairement le caoutchouc n'adhère pas bien au bronze d'aluminium, mais on obtient une très forte adhérence en recuisant ce dernier au rouge jusqu'à ce qu'il devienne noir; lorsqu'il est refroidi, il faut le laver avec de l'esprit de vin.

Après avoir brossé, il reste une superficie métallique de cuivre pur, sur laquelle le caoutchouc tient extraordinairement bien. Le bronze d'aluminium, à cause de sa malléabilité, peut non seulement servir à estamper les plaques, mais il peut aussi, à cause de son élasticité, être employé pour faire des crochets et anneaux. Il est surtout très utile lorsqu'un crochet doit être appliqué contre une dent plombée avec de l'amalgame. En effet, on sait que le mercure rend l'or très cassant, mais il n'a pas d'action sur le bronze d'aluminium, qui pourra également servir avec succès pour les dents à pivot, pour confectionner ce dernier, lorsqu'on se propose d'obturer la racine avec de l'amalgame.

Le bronze d'aluminium se soude plus facilement que l'or; on peut employer la soudure à 14, 16, 18 carats, et même l'or fin. Donc, il est très facile de le souder, et la soudure tient plus intimement que si l'on soudait du platine avec de l'or. La soudure d'argent n'est pas à recommander à cause du zinc qu'elle contient presque toujours en petite quantité. Pour souder, il faut appliquer avec un pinceau un peu de borax dissout sur la partie à souder; on place la soudure et par-dessus une petite quantité de borax en poudre.

Le bronze d'aluminium ne se laisse que difficilement river et tirer en fil. A cet effet, il faut se servir du bronze-or d'aluminium mentionné plus haut.

Le bronze d'aluminium en plaque ou fil, ou sous forme de toile métallique, se trouve déjà dans le commerce.

Le prix de ce métal est si modéré (o 35 centimes les 10 grammes) que l'on peut établir une pièce dentaire en bronze d'aluminium pour le même prix qu'un appareil en caoutchouc.

Le professeur Sauer a la perspective que l'emploi de cet alliage fera époque dans la mécanique dentaire, au même titre que le caoutchouc il y a une trentaine d'années.

Sans être aussi enthousiaste, il est désirable qu'une plus longue expérience confirme sa manière de voir.

Un appareil métallique a réellement l'incontestable avantage de pouvoir être tenu plus proprement, d'être plus agréable dans la bouche, d'être plus durable, plus facile à réparer, ainsi que de beaucoup moins irriter la muqueuse buccale, que le caoutchouc; tout en reconnaissant, ici, qu'un mauvais travail en métal a moins de valeur et cause plus de dommage, qu'une plaque en caoutchouc bien ajustée.

Mais il faut considérer, en terminant, que dans le travail du métal, le prix indique moins la valeur de la matière que le travail lui-même, et qu'il ne sera pas facile de supplanter le caoutchouc et de lui enlever sa vogue actuelle.

MISCELLANEA

I. Tératologie, bec-de-lièvre. — II. Dentitions tardives. — III. Tumeurs des maxillaires.

TÉRATOLOGIE. — Le *Progrès médical* du 18 septembre publie deux études sur des vices de conformation multiples chez un fœtus. La première, de M. Potocki, expose les résultats de l'autopsie sur les viscères; la deuxième, de M. A. Broca, nous intéresse plus directement : elle décrit l'état des maxillaires du fœtus. Nous résumons ces études.

La mère, âgée de quarante ans, femme de cultivateur, bien conformée, affirme ne connaître aucune monstruosité dans sa famille. Elle a déjà eu six enfants à terme et bien conformés. L'accouchement prématuré, au terme de sept mois, pense-t-on, paraît dû à l'insertion vicieuse du placenta. Ce fœtus porte un bec de lièvre bi-latéral de la lèvre supérieure, fendant toute la hauteur de ce repli et pénétrant dans la narine. La fissure n'est pas bornée aux parties molles, mais elle gagne le squelette.

A droite, elle divise le rebord alvéolaire obliquement, puis devient antéro-postérieure et médiane. A gauche, le rebord alvéolaire est déprimé, mais non divisé. Le maxillaire est mobile sur l'intermaxillaire, mais la muqueuse établit la continuité. A partir du trou palatin antérieur, la fissure médiane pénètre dans les

deux fosses nasales et laisse voir les deux faces de la cloison. Il y a donc une fissure alvéolaire unilatérale et une fissure palatine bi-latérale. Le bord inférieur de la cloison est un peu épaissi, mais ne descend pas plus bas que les parties latérales de la voûte. Le voile du palais, divisé, est réduit à deux petits tubercules.

La dissection des germes dentaires a montré quelques particularités intéressantes. Le tubercule osseux (nous employons ce nom malgré l'absence de fissure réelle à gauche) est formé de deux petites masses juxtaposées, mobiles l'une sur l'autre. Chacune d'elles contient deux germes dentaires dont la couronne, parfaitement reconnaissable, a la forme tranchante qui appartient aux incisives. L'incisive latérale est, à droite, un peu déviée vers la lèvre de la fissure osseuse. Si, maintenant, on ouvre la gouttière alvéolaire en arrière de la fissure, à droite de la dépression déjà signalée à gauche, on remarque que ces deux parties, absolument symétriques, renferment, d'arrière en avant, les germes suivants. En arrière, d'abord, on voit, de chaque côté, la couronne multicuspidée de deux molaires. En avant, de la première molaire et de la couronne conique, peu développée (ce qui est la règle), de la canine. Mais, des deux côtés aussi, en avant de la canine, il existe un follicule dentaire où se trouve une couronne. Cette couronne est assez mal formée, mais elle est, cependant, aplatie et tranchante Elle offre l'aspect d'une couronne d'incisIve.

Ce fait nous semble avoir un intérêt dans la discussion actuellement pendante entre Kœlliker fils et Albrecht sur le siège exact de la fissure dans le bec-de-lièvre; l'opinion classique est, depuis fort longtemps, que la fissure alvéolaire passe entre la canine et l'incisive. On considérait comme exceptionnels les cas où elle sépare les incisives l'une de l'autre. Il y a bien quelques observations anciennes (Lafaye, Tenon),mais elles étaient tombées dans l'oubli, et lorsqu'en 1856, à la Société de chirurgie, Chassaignac parla d'un tubercule médian à deux incisives (Bull. 1re série,t. VI, p. 402), on se demanda si cela ne changeait pas toutes les notions acquises sur la pathologie du bec-de-lievre. Les faits se sont multipliés depuis, et nous ne prétendons pas les rappeler ici. En 1868, Hamy s'en est déjà occupé en détail, et, sans vouloir admettre comme Leuckart la duplicité primitive, constante des points osseux dans chaque os intermaxillaire, il pense que cela est possible plus souvent qu'on ne le croit.

Cette opinion a été reprise dans ces dernières années par Albrecht, dans une série de publications. Pour cet auteur, il n'y a pas deux os intermaxillaires, mais quatre. De chaque côté, une petite masse osseuse est fournie et par le bourgeon nasal interne te par le bourgeon nasal externe. Dans le bec-de-lièvre, la fissure alvéolaire passe entre ces bourgeons, et non entre le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon nasal externe. Elle n'est donc pas limitée par la canine d'une part et l'incisive latérale de l'autre, mais chacune de ces lèvres porte une incisive. Il y a cependant

des cas où le tubercule médian, dans le bec-de-lièvre double, porte sans conteste quatre incisives. Mais alors, il n'y en a pas moins quatre germes (deux molaires, canine et incisive précanine) sur le maxillaire, en dehors de la fissure. Ces enfants ont donc six incisives, trois de chaque côté, et la fissure passe entre la seconde et la troisième. Il y a donc là une anomalie, anomalie regréssive pour Albrecht. C'est une sorte de rappel de ce que l'on voit chez nombre d'animaux, la seconde incisive ne se développe pas et la fissure, quand elle existe, passe entre la première et la troisième.

Cette théorie est contestée par Kœlliker fils, soutenue par Langenbeck. Elle vient d'être défendue, en majeure partie, par Biondi (de Naples) (Congrès all. de Chir., 1886). Sans vouloir affirmer son exactitude constante, nous remarquerons toutefois que notre dissection la confirme pleinement. Il y a bien ici six incisives, et la fissure passe entre l'incisive précanine ou externe et l'incisive moyenne. Reste à savoir laquelle de ces deux dents doit être considérée comme supplémentaire. Sans doute, l'incisive moyenne est la mieux développée des deux, mais on ne peut trop rien dire, étant donnés les phénomènes anormaux qui causent la persistance de la fissure osseuse.

Nous rappellerons en terminant que les faits de ce genre ne sont pas fréquents. Au dire de Gadaud (Soc. anat., 1868, p. 471), Hamy a présenté autrefois à la Société anatomique un bec-de-lièvre avec tubercule médian à quatre incisives, tandis que chaque maxillaire portait encore une incisive précanine; d'après Gadaud, ce fait était unique à cette époque. Nous croyons toutefois qu'on peut en rapprocher un fait de Pigné (Soc. anat., 1841, XVI, p. 209). Un homme de 22 ans portait un bec-de-lièvre unilatéral complexe à gauche, et avait à gauche neuf dents, deux en dedans et sept en dehors de la fissure. Les deux dents limitant la fissure étaient atrophiées. De là, Mercier (Ibid., p. 335), a conclu à la permanence d'une dent de lait. Pigné croyait à la bifidité du germe de l'incisive latérale. Dans un cas analogue, Walther avait précédemment opiné pour la bifidité de la canine.

(*Progrès méd.* 18 septembre 1886.

DENTITIONS TARDIVES

J'ai vu, comme notre confrère M. Bougon, un cas de troisième dentition, chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans.

Cet individu avait été garde-champêtre de la commune de Cabanès, limitrophe de celle de Graulhet.

Il avait eu d'assez bonnes dents, produits d'une seconde dentition ; mais il les avait presque toutes perdues, notamment les huit incisives.

A quatre-vingt-deux ans, après avoir senti un peu de gonflement et de douleur à la gencive, il ne fut pas peu étonné de voir poindre, à l'arcade dentaire inférieure, deux nouvelles incisives ; c'étaient celles du milieu.

Ces dents, que j'eus l'occasion d'examiner plus tard et lorsque leur évolution fut terminée, étaient de couleur jaunâtre et d'un tiers plus petites que les pareilles de la seconde dentition.

Je crus d'abord qu'un fait de ce genre était excessivement rare ; mais ayant fait quelques recherches dans des collections de journaux de médecine, je pus m'assurer que des cas de troisième dentition avaient été constatés par d'autres observateurs.

On trouve, entre autres, dans la *Revue médicale*, année 1842, tome I, page 97, l'observation du docteur italien Podracca :

Fortunata Danet, ancienne religieuse du couvent de Saint-Zacharie, à Venise, âgée de plus de quatre-vingt-dix ans, avait eu une seconde dentition facile et régulière ; malheureusement ces dents furent atteintes de carie, et elle les perdit toutes vers l'âge de quarante-cinq ans.

De longues années après, en 1839, elle avait alors atteint l'âge de quatre-vingt-dix ans, elle éprouva un léger prurit aux gencives, qui devinrent rouges et enflammées. Au bout de quelques jours se formèrent les germes de dents nouvelles, qui parvinrent peu à peu à une maturité complète.

Les dents qui percèrent étaient au nombre de six, toutes à la mâchoire inférieure, quatre incisives et deux canines, d'un émail très blanc. Trois étaient plus petites qu'elles ne le sont ordinairement.

Le docteur Prodacca avait publié antérieurement une observation analogue de troisième dentition chez un vieillard de quatre-vingts ans.

Citons, enfin, une observation remarquable de dentition triple, chez une adulte (*Revue médicale*, 1826, t. IV), recueillie par le docteur Aimouno :

Elisabeth, femme de Dominique Morelli, sujette à des odontalgies, se fit arracher au mois de mars 1821, les deux dernières dents molaires du côté gauche. Vers la fin de la même année, des douleurs assez vives précédèrent la sortie de deux nouvelles dents, qui remplacèrent celles qui avaient été arrachées, et l'odontalgie cessa pour quelque temps. En janvier, ces dents étant devenues vacillantes et très douloureuses, furent arrachées de nouveau ; on les trouva très blanches et exemptes de carie. Le 16 juillet suivant, Mme Morelli, ayant souffert de nouveau des gencives, fit appeler le médecin Aimonino. Celui-ci put constater une troisième apparition des mêmes dents molaires qui avaient succédé aux deux autres. Les tubercules de ces dents étaient déjà hors des gencives, et le malade cessa dès lors de souffrir.

Si l'on joint ces observations à celle qu'a rapportée M. le docteur Bougon, on restera convaincu que les germes des dents peuvent se reproduire plusieurs fois dans la vie et donner lieu à une troisième éruption dentaire. Ce qui peut paraître extraordinaire, c'est que ces germes demeurent à l'état latent pendant de longues années et se développent lorsque la vie va s'éteindre, ou dans la période ultime de quatre-vingts à quatre-vingt-dix ans.

(*Courrier médical*).

TUMEURS DES MAXILLAIRES. — M. Berger fait un rapport sur deux observations de M. Jeannel, l'une de tumeur cartilagineuse, l'autre de kyste dermoïde du maxillaire supérieur.

M. le rapporteur rappelle que, cette année même, à l'occasion d'une observation communiquée par M. Kirmisson, il a réuni la plupart des faits publiés des tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur et présenté le résultat auquel l'avait conduit l'étude de ces observations. Il est arrivé à conclure que ces tumeurs, celles mêmes que l'examen histologique devait faire ranger parmi les vrais chondromes, présentaient quelques-uns des attributs d'une malignité relative, entre autres une grande tendance à la repullulation après leur ablation. La raison de ces récidives fréquentes pouvait être révélée par quelques-uns des caractères, anatomiques des tumeurs récidivées, tandis que leur cause immédiate était le plus souvent dans l'opération trop ménagée, à laquelle on avait tout d'abord recours, et, à ce point de vue, la résection totale du maxillaire supérieur devait être préférée aux résections partielles ou aux tentatives d'énucléation de la tumeur.

La première observation de M. Jeannel confirme complètement la manière de voir de M. Berger ; elle est un nouvel exemple de chondrome vrai, se comportant comme une néoplasie maligne, et comme l'examen histologique ne permet pas de faire sortir cette sorte de produit de la catégorie des chondromes pour la placer dans celle des sarcomes, il faut reconnaître qu'au maxillaire supérieur il existe des chondromes malins, du moins au point de vue de leur évolution et de leur histoire clinique. Le précepte le plus important qui s'en dégage est celui d'extirper, dès le début, le plus largement possible, les tumeurs suspectes et de préférer même une résection totale d'emblée à des opérations partielles, qui, si souvent, se sont montrées insuffisantes à enrayer la marche de la maladie.

La seconde observation de M. Jeannel, encore plus rare et plus intéressante que la première, est intitulée par lui : *Kyste dermoïde développé dans le rebord alvéolaire des incisives de la mâchoire supérieure.* M. le rapporteur discute les éléments du diagnostic de la tumeur, d'après les indications de M. Jeannel, et, après avoir montré les difficultés qui font hésiter le diagnostic entre un kyste dermoïde et une tumeur épithéliale du rebord alvéolaire, il termine en déclarant qu'il lui paraît impossible de conclure et qu'il y a lieu d'espérer que des faits nouveaux viendront éclairer la nature de cette tumeur à peu près unique dans son genre. Toutefois, d'après les résultats de l'examen histologique, par M. Saulnié et par M. Malassez, il aurait quelque tendance à accepter le diagnostic de M. Jeannel.

(Société de Chirurgie, *In Union Medicale.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

PROJETS DE LOI SUR L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE

Depuis plusieurs années, différents groupes de médecins demandaient au gouvernement de modifier la loi du 19 ventôse an XI, sur l'exercice de la médecine.

Des députés médecins, MM. Chevandier, Bourneville, Bizar-

relli, Devade, Frebault, Lyonnais, Chavanne, Michoux, Richard, Bernard, Lavergne et Vacher prirent l'initiative d'un projet de loi. La commission d'initiative donna un avis favorable, puis une commission spéciale fut nommée. Elle se compose de MM. les Drs Bourneville, J. Carret, Chevandier, Delestable, Devade, Frébault, Michoux, Rathier, Viger, Cordier, avocat et Simonnet, industriel. Le Dr Chevandier a été nommé rapporteur ; son rapport a été déposé le 11 juin 1885. Le projet de la Commission ne satisfaisant pas certains membres du corps médical, le ministre du Commerce et de l'Industrie, qui est, à ce qu'il paraît, compétent en ces matières, fut sollicité de préparer un projet de loi différent de celui de la Commission sur plusieurs points essentiels.

Ce projet fut déposé par M. Lockroy le 21 octobre 1886, son examen fut renvoyé à la commission existante. Depuis, le ministre a retiré son projet de loi pour le modifier, nous ne savons sur quels points, et le projet que nous publions plus loin est le projet définitif, si nous en croyons la *Semaine Médicale* du 15 décembre 1886.

Nous extrayons des deux principaux projets en présence les articles qui concernent les dentistes. On verra que le texte de celui du gouvernement nous est absolument hostile.

Nous aurons à revenir sur ce grave sujet, la bonne foi du ministre a été surprise. On veut associer le gouvernement de la République à une mesure rétrograde et inapplicable.

Il sera aisé de démontrer aux représentants du pays qu'on veut sacrifier ainsi la justice et l'intérêt national à quelques intérêts particuliers.

P. D.

PROJET DU GOUVERNEMENT

Art. 6. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé délivré dans les conditions stipulées aux articles 1 ou 2 de la présente loi.

Toutefois, le droit d'exercer cette profession est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste âgé de plus de trente ans et justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

PROJET DE M. CHEVANDIER

Art. 4. — Nul ne peut exercer l'art dentaire, prendre le titre de médecin ou chirurgien-dentiste, de dentiste, s'il n'en a acquis le droit, soit en vertu des articles 1 et 2 de la présente loi, soit en vertu d'un diplôme spécial.

Cette prescription ne sera applicable que du jour où un cours d'art dentaire existera, depuis deux ans, dans toutes les facultés de médecine de l'Etat, Ecoles de plein exercice, Ecoles mixtes de médecine et de pharmacie, et jusqu'au jour où, dans chacune d'elles sera institué un jury d'examen autorisé à délivrer un diplôme de médecin-dentiste.

Les dentistes français ou étrangers exerçant actuellement leur art devront dans le délai de trois mois, à partir de la promulgation de la présente loi, faire inscrire la déclaration de leur profession de dentiste.

L'inventeur de l'avulseur Fillatreau a jugé indispensable de répondre aux quelques lignes que nous lui avions consacrées.

Nous avions délaissé nombre de ses dires dans la brochure que nous avons fait connaître, nous ferons de même pour sa réponse.

Nous avons à nous occuper d'adversaires plus redoutables.

Il dit que : « *L'Odontologie met une noble ardeur à nier* « *l'utilité absolue des études médicales comme base de spécialités* « *en général et de l'art dentaire en particulier.* »

M. Fillatreau on vous a trompé, on vous a mal renseigné. Comme pour les maîtrises informez-vous mieux. Lisez plus attentivement notre collection, consultez les programmes de l'Ecole Dentaire de Paris ; et quand vous aurez la preuve de ce que vous avancez faites nous la connaître.

Nous avions appelé l'adversaire des écoles dentaires « censeur de ses pairs ». M. Fillatreau trouve que dire : *pair* est un *comble*.

Notre aimable confrère aime la hiérarchie professionnelle et il décide qu'il doit être placé au premier rang.

Sa modestie nous désarme.

Eh bien, mon cher maître ! vous avez tort de limiter votre grande intelligence à l'étude impartiale des questions de réglementation. Nous aimerions à vous entendre, à vous lire sur des questions de science et de pratique. Vous devez y être non moins étonnant. Pourquoi jusqu'ici, avez-vous laissés enfouis les trésors de votre grande expérience, de votre vaste savoir ? Vous avez trouvé un avulseur ; l'avulseur Fillatreau, vous êtes membre de la Société d'Etnographie, vous êtes en plus un vrai ex-chirurgien odontotechnique, etc., etc., mais cela ne devrait pas suffir à votre gloire. Vous devez avoir beaucoup à nous faire connaître. Faites-le donc, je vous en supplie. Je suis sûr que pour cela le Comité de rédaction vous ouvrirait les colonnes de l'*Odontologie*. Alors, la bonne opinion que vous avez de vous-même, sera peut-être ratifiée, Nous apprendrons, quel homme ? quel dentiste ? nous avons osé traiter d'égal. Jusque-là nous garderons le soupçon que nous vous avions flatté.

VARIA

CAUSERIE ODONTO-GREFFIQUE

C'en est fait, la science dentaire a dit son dernier mot. Aller plus loin, est impossible. A moins de s'établir Dieu comme *Jéhovah* lui-même. Il faut s'en tenir là.

On comprendra mon enthousiasme, quand on saura qu'il m'a été causé par la nouvelle découverte relatée dans les journaux américains, et dont notre ami et collègue, M. Meng, nous a donné une traduction fidèle.

Il s'agit de la greffe dentaire. Ce n'est pas nouveau, direz-vous, c'est même déjà vieux, et les annonces si brillamment rédigées dans des journaux très lus, vous ont appris que de célèbres et savants dentistes, tous docteurs américains (de *Munich*, de *Carpentras* ou de *Batignolles*), la pratiquent depuis longtemps, avec un succès prodigieux.

Eh bien ! ce n'est pas cela du tout. La greffe, la vraie greffe américaine n'a rien de commun avec celle que vous connaissez. Elle est à la greffe pratiquée en France, ce que les Américains, les vrais, les forts, sont aux simili-américains d'ici.

Sans parler de la greffe *prothésique*, qui n'est autre chose que l'antique dent-à-pivot, nous avons tous quelque peu greffé ou essayé de le faire, et nous appelons timidement et modestement cette opération : la *réimplantation*. Si elle réussit, nous admirons la vigueur et l'exubérance de la nature et aussi (il faut l'avouer en rougissant), notre adresse. Si elle échoue, nous nous persuadons aisément que le sujet est récalcitrant et que la nature seule est coupable. Nous apaisons ainsi notre conscience.

Pauvres nains que nous sommes ! Pourrons-nous jamais atteindre à la taille de ces Américains colossaux ! !

Pour faire la greffe américaine, c'est comme pour faire un canon, on prend un trou.. vous l'avez bien lu, non pas le trou naturel qu'on appelle *alvéole*, mais un trou artificiel fait dans un maxillaire dont les alvéoles sont depuis longtemps résorbés.

Ce trou peut être fait avec n'importe quelle machine à percer, à forer, à fraiser, tour dentaire ou vilbrequin.

Quant à la dent, c'est encore plus simple. Point n'est besoin qu'elle soit fraîchement extraite, encore sanglante et munie d'un périoste ne demandant qu'à convoler en justes noces avec n'importe quel tissu complaisant.

La date de son extraction est sans importance. Une dent sèche comme un cœur d'huissier, proviendrait-elle d'un crâne *Gallo-Romain*, pourrait encore faire bonne figure dans une bouche contemporaine.

Quelle trouvaille ! quelle Révolution ! ! S'imagine-t-on les avantages multiples qu'il en peut résulter.

D'abord on pourrait ainsi léguer (sans métaphore) de quoi

manger à ses enfants. A défaut de fortune, on hériterait des molaires de ses ascendants.

Les gens riches pourraient s'offrir le luxe de collectionner les dents de célébrités de tous genres.

Les bouches deviendraient des musées.

Un tel nous montrerait, enchassée dans sa muqueuse buccale ainsi que dans un écrin, une incisive de Voltaire, un autre, une canine de Napoléon, celui-ci, une molaire de Rabelais, celui-là, une racine du *célèbre idem*, etc.., etc... Mais comme il pourrait y avoir encombrement dans les bouches, où l'espace est assez restreint, on pourrait s'en faire greffer ailleurs ; car toutes les parties du corps étant aptes à subir cette opération, on verrait des amateurs, enragés collectionneurs, être littéralement hérissés de dents... en dehors.

Vous allez sans doute crier à l'exagération, au paradoxe.

Pour vous convaincre que je n'invente ni exagère rien, je n'aurai qu'à citer quelques extraits de la traduction de l'*Indépendant practitionner*, dont je vous ai parlé plus haut et que vous avez lu sans doute.

« Le docteur Y..., montre une patiente à laquelle une opéra-
« tion semblable fut faite il y a un an. C'est une dame mariée
« d'environ 35 ans. Une seconde prémolaire supérieure fut im-
« plantée dans un avéole artificiel et cette personne est si contente
« du résultat qu'elle prend grand plaisir, non seulement à la
« montrer, à essayer sa solidité, mais encore à exhiber deux mo-
« laires inférieures qu'elle a dans son *portefeuille*, et qu'elle ré-
« serve pour mettre à contribution l'habileté du docteur Y... »

N'est-ce pas charmant ? Des *molaires en portefeuille*. J'ai crû jusqu'ici, que certaines personnes favorisées du sort possédaient des valeurs en portefeuille, mais des molaires... comme la mode change, tout de même !

Mais, me direz-vous, et la prothèse ? que deviendra-t-elle ?

Conspuée la prothèse, vieux jeu de la vieille Europe, bonne à mettre au rancart avec les perruques à frimas et les manches à gigot.

Ecoutez plutôt ce qu'en pense une cliente du même Dr Y... (*Dental Reord*) :

Madame C... dit elle-même : « Quand je pense que, pendant
» vingt longues années, j'ai eu à porter une vieille pièce *malpro-*
» *pre* (on n'avoue pas ces choses là, madame C...) et maintenant
» j'ai en place des dents naturelles poussées dans ma bouche, je
» me trouve plus heureuse que je ne puis l'exprimer. »

Est-ce assez clair et pouvons-nous révoquer en doute une dame aussi sincère puisqu'elle n'a rien de caché pour nous, pas même son souverain mépris pour les soins intimes, et la propreté la plus élémentaire.

Non, la chose est possible et, quoique invraisemblable, elle doit être vraie. On ne ment pas de l'autre côté de l'Atlantique, c'est connu !

Mais la prothèse ne sera pas seule frappée par cette invention mirifique, comme le furent les vieilles diligences lorsque les chemins de fer apparurent. Les soins de bouche, les plombages, les aurifications devront aussi disparaître. En effet, pourquoi chercher à conserver des ruines au moyen de soins ennuyeux, douloureux, longs et coûteux, quand on peut aussi facilement se faire implanter de belles dents neuves et sans tare.

L'art dentaire va se trouver du coup singulièrement simplifié.

Il consistera uniquement en deux opérations : *Extirper, planter.*

Il aura, en cela, beaucoup d'analogie avec le métier de jardinier, lequel consiste également à planter et à extirper des racines.

O science ! mère féconde ! source intarissable, tu n'es pas un vain mot !

Ed. Lowenthal, D. E. D. P.

AVIS

SOCIETE D'ODONTOLOGIE DE PARIS

L'assemblée générale annuelle de la Société d'Odontologie de Paris aura lieu le mardi 19 janvier 1887, à 8 heures 1/2 du soir, au siège de l'Ecole, 23, rue Richer.

Tous les membres de la Société sont instamment priés d'y assister.

Ordre du jour : Procès-verbal;
Correspondance;
Rapport du secrétaire général sur les travaux de l'année;
Nomination du bureau de la Société pour 1887.
Propositions diverses.

ASSOCIATION GENERALE DES DENTISTES DE FRANCE
et
SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

L'assemblée générale annuelle de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le mardi 25 janvier 1887, à 8 heures 1/2 du soir, au siège de l'Ecole, 23, rue Richer.

Tous les membres de la Société sont instamment priés d'y assister.

Ordre du jour : Procès-verbal de la séance de l'année précédente;
Correspondance;
Rapport annuel du Secrétaire général;
Rapport du Trésorier:
Nomination des membres du conseil de Direction en remplacement des douze membres sortants qui sont : MM. E. Lecaudey. — T. David. — Ch. Godon. — Ronnet. — L. Thomas. — G. Blocman. — Aubeau (A). — L. Broun. — A. Dugit. — De Lemas. — Legret et Pinard.
Propositions diverses.

Un concours pous deux postes de chefs de clinique de l'Ecole Dentaire de Paris, aura lieu en mai 1887.

Nous avons le plaisir d'apprendre que l'Académie de médecine a décerné le prix Civrieux à notre ami et collaborateur, le Dr Thomas.

Notre confrère, M. le Dr Magitot vient d'être nommé président de la Société d'Anthropologie pour l'année 1886.

Tout abonné ou membre de l'Association générale qui ne recevrait pas le journal est prié d'en aviser l'administration. Il sera envoyé gratuitement un autre numéro si la réclamation est faite dans le délai d'un mois.

Il est rendu compte de tout ouvrage intéressant l'Art Dentaire dont on fait remettre deux exemplaires au bureau du journal.

Les demandes de renseignements doivent être accompagnées d'un timbre pour la réponse.

L'*Aide-Mémoire* du chirurgien-dentiste est en vente chez les fournisseurs pour dentistes.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 2, rue d'Amsterdam, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

Le prix des frais d recouvrement est à la charge des souscripteurs.

On demande un dentiste dans une ville de Normandie. S'adresser au docteur David.

On serait reconnaissant à la personne qui voudrait bien céder :

Duval : Expériences et observations pratiques sur les dents plombées qui sont susceptibles de l'influence galvanique, Paris 1807, in-8°, 23 pages. S'adresser au Dr Eavid.

Pour cause de santé, M. Warde, chirurgien-dentiste, 2, *Boulevard Montmartre*, désire céder son droit au bail de cinq années, avec certitude de renouvellement, et une superbe installation, au prix d'estimation. S'adresser chez lui de 2 à 5 heures du soir.

On demande un opérateur dans une ville de province, s'adresser au bureau du journal sous les initiales S. L.

Ancien et trés bon cabinet à céder après fortune. Fait actuellement affaires 30.000 à 35.000 francs. *Affaire très avantageuse.*

S'adresser 52, rue Richer, M. Guillois.

TABLE MÉTHODIQUE

DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

REVUE DE L'ETRANGER

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE DES JOURNAUX

BIBLIOGRAPHIE. — P. DUBOIS

MISCELLANEA

CHRONIQUE. — AFFAIRES.— SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS

NÉCROLOGIE

INDEX ALPHABÉTIQUE

Le Directeur Gérant : P. Dubois.

Paris. — Alcan-Lévy, Imp. breveté, 24, rue Chauchat

Un dentiste de Paris désire un mécanicien-opérateur pour l'après-midi, s'adresser pour renselgnements chez MM. Contenau et Godard fils, 7, rue du Bouloi, Paris.

Un jeune homme demande à entrer en apprentissage. S'adresser à M. Vasseur, 9, boulevard des Italiens.

Un docteur en médecine, élève à l'Ecole Dentaire, demande à entrer chez un dentiste comme assistant-opérateur, (S'adresser à M. Dubois.

Un mécanicien qui a été assistant-opérateur chez le docteur Herbst, demande une place de mécanicien à Paris.

S'adresser à M. Heidé, 3, rue d'Argenteuil.

On désire céder au tiers de sa valeur : 1° un fauteuil mécanique fonctionnant très bien, prix 150 francs; 2° un pied en fonte (modèle spécial) supportant tablette mobile et crachoir, prix 90 francs, a coûté 160 fr.

S'adresser à MM. Godard et Gontenau, 7, rue du Bouloi.